

Trabajo de Grado

**LECTURA SISTÉMICO-COMPLEJO SOBRE EL FENÓMENO DE LA ANOREXIA  
NERVIOSA, ENFATIZANDO EL SISTEMA FAMILIAR Y EL PROCESO DE LA  
MOTIVACIÓN**

Presentado por

**MARÍA PAULA HENAO PERALTA <sup>1</sup>**

Tutores

CARLOS IVÁN MOLINA BULLA

CLAUDIA PATRICIA PLATARRUEDA VANEGAS

JOSÉ GABRIEL ZAPATA GARCÍA

**UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA**

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN SALUD, CONOCIMIENTO MÉDICO Y SOCIEDAD**

**LÍNEA DE SALUD MENTAL, AFLICCIÓN, CONFLICTO Y VIOLENCIA**

**SUBLÍNEA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL**

**PSICOLOGÍA**

**2020**

---

<sup>1</sup> Estudiante de Psicología en la Universidad Externado de Colombia. Contacto:

[maria.henao03@est.uexternado.edu.co](mailto:maria.henao03@est.uexternado.edu.co) / [paulahenao.07@hotmail.com](mailto:paulahenao.07@hotmail.com)

## Dedicatoria

Quisiera dar gracias primero a todos los *Apus* que me acompañan en esta vida.

A mis padres, hermana y Lulito por su apoyo incondicional y enseñarme el valor  
de la paciencia.

A mis maestros de vida, quienes me han hecho una mujer que aprende todos los  
días con voluntad, humildad y gratitud.

*Agosto, 2020*

## Contenido

Lista de Matrices	5
Lista de Figuras	7
Resumen	8
Introducción: La Anorexia Nerviosa está en las relaciones, no en los factores	10
Abreviaturas	10
Método	18
Objetivos	18
Objetivo General.	18
Objetivos Específicos.	18
Metodología	19
Lectura sistémico-complejo, sobre las apreciaciones del enfoque empírico-positivista, atribuidas a la Anorexia Nerviosa	23
Acerca la Anorexia Nerviosa	23
Capítulo I: El sistema familiar y la Anorexia Nerviosa	99
1.1 La familia como luz y sombra: Ana	116
1.2 La familia como luz y sombra: Bianca	121
1.3 La familia como luz y sombra: Camila	126
1.4 Recapitulemos	129
Capítulo II: Procesos psicológicas que atraviesan la Anorexia Nerviosa desde una visión eco sistémica.	133

2.1 La motivación a través de Ana, Bianca y Camila	133
2.2 La Anorexia nerviosa, revelado por medio de las necesidades psicológicas	135
2.3 Emociones y regulación emocional	138
Conclusiones	143
Implicaciones de la investigación	146
Aportes a la comunidad	146
Continuidad del estudio	146
Fuentes Bibliográficas	147
Anexos	155
Transcripción relato de Ana	155
Ana	155
Transcripción relato de Bianca	162
Transcripción relato de Camila	171

## Lista de Matrices

Matriz N.1. Dimensiones Biológicas	25
Matriz N.2. Dimensiones socio-culturales: presiones socio-culturales sobre el peso	27
Matriz N.3. Dimensión socio-cultural: influencia de los medios de comunicación	29
Matriz N.4. Dimensión socio-cultural: influencia de las relaciones inter-personales	30
Matriz N.5. Dimensiones psicológicas: preocupación por el peso e internalización de la delgadez	32
Matriz N.6. Dimensiones psicológicas: Comportamiento inadecuado para bajar de peso: dieta	33
Matriz N.7. Dimensiones psicológicas: Baja auto-estima y el afecto negativo	39
Matriz N.8. Dimensiones psicológicas: Experiencia emocional	41
Matriz N.9. Alteraciones Psicológicas: Autolesión no suicida (ALNS).	46
Matriz N.10. Alteraciones Psicológicas: distorsiones cognitivas respecto a la apariencia.	47
Matriz N.11. Proyecto de vida	50
Matriz N.12. Alteraciones Fisiológicas	53
Matriz N.13. Adherencia al tratamiento	55

Matriz N.14. La familia

108

Matriz N.15. La familia

111

## Lista de Figuras

Figura N.1. Ejemplo de Genograma de la Familia Gómez	106
Figura N.2. Genograma de Ana	116
Figura N.3. Genograma de Bianca	121
Figura N.4. Genograma de Camila	126

## Resumen

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica” (Méndez, Vásquez y García, 2008, p.580). Por su parte, la Anorexia Nerviosa (AN) responde a la búsqueda de un ideal de belleza extremo. Con la extensión de dicha meta enfermiza y su incansable e imposible alcance, la delgadez se convierte, desde un punto de vista sociológico, además, en un estilo de vida y en un puente seguro hacia el éxito social y económico. Una ambición que, en el pasado, residía en características no corpóreas. (Fernández. A, 2015, p.p. 02).

En este contexto, la presente investigación responde al fenómeno de la Anorexia Nerviosa, en mujeres adultas con Anorexia Nerviosa; definida por el DSM-5 como “el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales” (APA, 2016, p. 553). Con el objetivo general de: Explorar desde una visión eco-sistémica el desarrollo, trayectoria y dificultades de la Anorexia Nerviosa como fenómeno social, en mujeres colombianas en etapa adulta. Junto los objetivos específicos de: 1. Identificar la AN desde una visión sistémico-compleja; enfocando las pautas relacionales, que representa el síntoma (AN). 2. Interpretar, la familia como sistema y actor en la trayectoria del TCA, en mujeres adultas con Anorexia Nerviosa. 3. Explicar, la relación de la motivación, emociones y regulación de las mismas; con la Anorexia Nerviosa desde una visión eco-sistémica.

Cabe destacar, que, para responder a dichas metas investigativas, se soportó en una metodología cualitativa, con relatos biográficos y genograma. Para lograr colocar un lente micro a todas las esferas –relacionales- que envuelve a un individuo con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, especialmente en el sistema familiar; identificando el Trastorno Alimenticio a nivel contextual, a través, de los patrones de relaciones que tiene la persona; y con esto, dar a la investigación una visión eco-sistémica, sobre los procesos que influyen directamente en un TCA como la Anorexia Nerviosa.

Todo esto, nos revela que la Anorexia Nerviosa se comporta en los tres casos trabajados como un síntoma, que responde a un malestar con una fuente diversa según el caso, tal raíz del problema, se analiza desde el sistema familiar; y se correlacionan, siempre yuxtaponiendo los relatos biográficos; esto, porque la es una unidad eco-sistémica de supervivencia y de construcción de solidaridades de destino, a través de los rituales cotidianos, los mitos y las ideas acerca de la vida, en el interjuego de los ciclos evolutivos de todos los miembros de la familia en su contexto sociocultural. (Hernández, A. p.06. 2005) (39).

Finalmente, se abarca el fenómeno del TCA con el proceso psicológico de la motivación, las emociones y la regulación de las mismas.

## **Introducción: La Anorexia Nerviosa está en las relaciones, no en los factores**

### **Abreviaturas**

TCA: Trastorno del Comportamiento Alimentario.

AN: Anorexia Nerviosa.

BN: Bulimia Nerviosa

TANE: Trastorno Alimentario no Especificado.

DSM-IV: Clasificación de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales-IV.

APA: American Psychiatric Association

IMC: Índice de Masa Corporal

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), han sido clasificados como tal por el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, ya que, se caracterizan por

alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica” (Méndez, Vásquez y García, 2008, p.580)

Tales TCA, se han distribuido en tres tipos principales: La Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la Conducta alimentaria no Especificados (TANE); siendo este último donde se “codifican los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico, como el Trastorno por Atracón (TA)” (Méndez, Vásquez y García, 2008, p.580)

En el caso de este estudio, el interés principal es trabajar la AN como fenómeno social, definido por la APA (2017) como

La tendencia al perfeccionismo, con baja autoestima y son extremadamente críticas consigo mismas y con sus cuerpos. Por lo general, "se sienten gordos" y se ven con sobrepeso, a veces incluso a pesar de la semi-inanición (o desnutrición) que amenaza la vida. Un miedo intenso a aumentar de peso y ser gordo puede llegar a ser omnipresente. Además, en muchos casos, los trastornos alimentarios ocurren junto con otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, pánico, trastorno obsesivo compulsivo y problemas de abuso de alcohol y drogas

Cabe destacar, que la Anorexia Nerviosa (AN), ha sido catalogada como una enfermedad presente en todas las épocas del desarrollo de la sociedad, la cual, ha sido estudiada en función de los conocimientos médicos. Sin embargo, la sociedad occidental del siglo XIX ha clasificado la AN en el género femenino, junto con el concepto de extrema delgadez como ideal apropiado de belleza; lo cual, sigue vigente hasta hoy. La cuestión,

es que esa concepción de la Anorexia Nerviosa es simplista, generalizada y estigmatizada. Ya que, la realidad de este fenómeno ha tenido un importante recorrido histórico, que la ha desarrollado dentro de la sociedad humana actual como uno de los aspectos de morbimortalidad importantes, en población –principalmente pero no reservado- de adolescentes mujeres.

Para comenzar, en el medioevo hubo casos catalogables en la actualidad como AN donde se destacan personajes como Santa Catalina de Siena, Santa Teresa de Ávila o Santa Catalina de Asís. Tales mujeres, comenzaron a enfermarse gracias a los múltiples ayunos, considerados apropiados para la pureza espiritual; es decir, no hay alguna motivación de belleza física, sencillamente en la época –y aún- el catolicismo y cristianismo consideraba el alimento como algo impuro e incompatible con el alimento espiritual que da Dios. Bemporad (1996), explica que el ayuno ha sido una práctica tradicional en muchas personas, al ser penitencial, purificadora y como protección contra los espíritus malignos, aparece en la mayor parte de las religiones. Sobre todo, en el cristianismo, donde esta práctica es reglamentada y con carácter obligatorio, con la motivación de llevar una vida ascética y renunciar al mundo, a las necesidades del cuerpo o a sus deseos, el triunfo del espíritu sobre la carne y el arrepentimiento de los pecados cometidos en la vida pasada. (Bemporad, 1996). Con lo dicho, se entiende que la muerte o consecuencias mentales y físicas por anorexia, muchas veces se desliga por filosofías de vida. Un ejemplo de esto y analizado por Jarne (2010), es el caso de la joven bávara Friderada von Treuchtlingen, que fue documentado en el año 895 por el monje Wolfhard en su compilación de milagros efectuados por Santa Walpurgis de Monheim cerca de Eischtätt, en la región bávara. Friderada, después de sufrir una enfermedad desconocida,

desarrolla un apetito incoercible que le lleva a comer de forma indiscriminada. Triste y avergonzada por su inmoderado apetito, recurre a Santa Walpurgis que obra el milagro. Ahora restringe su comida y adquiere él habito de vomitar después de comer, hasta que deja de comer y su ayuno es absoluto (Habermas, 1986).

De este modo, se siguieron documentando casos de ayunos extremos que llevaban a la delgadez e incluso la muerte, y fue hasta el siglo XIX en la Edad Moderna, que la religión actuó con primacía, para el diagnóstico e intervención de estas enfermedades de Conducta Alimentaria. Ya que, el médico inglés Richards Morton (1689) desarrolla el cuadro clínico de Miss Duke, una joven de dieciocho años con: “pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, sin ningún tipo de perturbación física. Sin embargo, la denominación elegida por el Dr. Morton fue de “consunción nervosa”, producto de una perversión mental, la cual estaba claramente relacionada con el gran problema médico del siglo XVII: la tuberculosis”. (Fernández. A, 2015, p.p. 01). Luego de este hallazgo, en 1764 el médico Robert Whytt en Escocia, emprende un estudio con un hombre de catorce años quien tenía los mismos síntomas descritos por el Doctor Morton y lo llamó “atrofia nerviosa”; así continuaron los casos con los mismos síntomas, pero la medicina comienza a catalogar la AN como enfermedad predominante en las mujeres, ya que en 1769 Charles Nadeau asocia la AN con los síntomas de la histeria. Dado esto, los estudios se centran en el género femenino y será P. Briquet quien observará dos tipos de pacientes: un tipo que no comen por sentir aversión a los alimentos y otro tipo, quienes no tomaban alimentos como pretexto por mejorar su salud física –no su apariencia-.

Continuando en el siglo XIX, es Sir William Gull quien afirma la Anorexia Nerviosa en 1873 como “Anorexia Histérica o mental”. (Silverman, J.A. Sir William Gull (1819–

1890)). Sin embargo, en ese mismo año (1873) apareció en Francia el médico Ernst Charles Laségue, quien habló también de la “Anorexia Histórica o mental”, que tiene como predominancia la “perversión mental insólita del apetito” (Fernández. A, 2015, p.p. 02). Logrando diferenciar la inapetencia de las personas con depresión, a la aversión por los alimentos propios de la “Anorexia” en ese entonces “Histórica”.

De este modo, continuó el siglo XIX como pionero de investigaciones en Anorexia, culminando esta época con la teoría del Psicoanalista Sigmund Freud, quien relaciona la anorexia histérica con la melancolía. Básicamente, Freud (citado por Fernández. A, 2015) afirmó que

la inmadurez sexual de las enfermas de anorexia histérica era la causa de la melancolía, que acababa desembocando en la pérdida del apetito. Posteriormente, en Pulsiones y destinos de pulsión introdujo el masoquismo y el odio a uno mismo como relevantes en los casos de anorexia histérica. La paciente, recordemos que hasta ahora el sujeto clínico siempre será mujer, busca castigar a su propia persona, negándose el alimento, aunque sí podía sentir hambre.

Pero, a pesar de los avances, estos se quedaron cortos para el siglo XIX al punto que las pacientes con Anorexia, terminaban siendo diagnosticadas con algún tipo de

esquizofrenia. Además, la concepción de belleza del momento era un ideal diferente a lo que vendría luego, y la religiosidad que incitaba al ayuno fue decayendo paulatinamente.

En esta línea, se abre el siglo XX y la AN ya es catalogada como un desorden mental, disponiendo las pacientes a técnicas como lobotomías, extracción de tiroides, terapias electro-convulsivas y demás. Empero, en los años 60 se comienzan a conocer casos como el de Elisabeth Amalie Eugenie, más conocida como Sissi Emperatriz; quien utilizaba corsé muy apretado y no ingería alimentos para mantener su peso, que era significativamente por debajo del adecuado para su estatura. Es con este tipo de casos, que la comunidad médica identifica que hay Dimensiones subjetivos más allá de la religión o aversión por los alimentos, que inciden en el desarrollo de la Anorexia. Por lo cual, en 1990 la Asociación Americana de Psiquiatría se recomendó el uso de antidepresivos, incluyendo la disciplina psiquiátrica y alguna parte de la psicología; además, de impulsar el “motor farmacológico” y desarrollando investigaciones, sobre el papel de la serotonina en los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Actualmente en el siglo XXI, la Anorexia Nerviosa tiene definiciones más estructuradas, pero paradójicamente generalizadas de:

Responder a la búsqueda de un ideal de belleza extremo. Con la extensión de dicha meta enfermiza y su incansable e imposible alcance, la delgadez se convierte, desde un punto de vista sociológico, además, en un estilo de vida y en un puente seguro hacia el éxito social y económico.

Una ambición que, en el pasado, residía en características no corpóreas. (Fernández. A, 2015, p.p. 02).

También, la AN es definida por el DSM-5 como “el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales” (APA, 2016, p. 553). Adicionalmente, señala que este trastorno está relacionado con la alteración en la percepción, de la forma y el peso corporales dependientes de la edad, el sexo y el ideal del cuerpo delgado. Dimensiones, considerados como producto de una sociedad consumista.

Acorde con esta definición, el Ministerio de Salud de Colombia, describe la Anorexia Nerviosa como una desnutrición de proteínas y calorías, con una agregación de patologías físicas. Por esto, dos años después lanzan el proyecto de Ley 157 de 2006 y el Acuerdo 221 de 2006, con el propósito de desarrollar publicidad en el territorio colombiano, para educar a los sujetos por medio de la comunicación de riesgos sobre la anorexia y también la bulimia. Además, de implementar más profesionales para la atención psicológica a los pacientes y familiares, y el impulso de investigaciones para este tema; indicando, que esta nueva tarea para la política pública del país “son nuevas formas de subjetividad, que favorecen la primicia de la pura imagen –influencia de los medios de comunicación– sobre lo simbólico, que determina de alguna manera un sujeto que se expresa con lo real del cuerpo”. (MIN Salud, 2006)

En base a lo mencionado, una meta de esta investigación es identificar las posibles Dimensiones atribuidas a la AN, que se han establecido desde un enfoque empírico positivista y han funcionado, como un modelo explicativo de la AN.

A partir de esto, surge el objetivo principal: dar una lectura sistémica compleja a estas Dimensiones; ya que, a lo largo del tiempo (como se mencionó) se ha dado alto valor a lo multicausal de los TCA, opacando la raíz del fenómeno: las pautas relacionales del sujeto.

En este sentido, el camino del estudio es colocar un lente micro a todas las esferas –relacionales- que envuelve a un individuo con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, especialmente en el sistema familiar; identificando el Trastorno Alimenticio a nivel contextual, a través, de los patrones de relaciones que tiene la persona; y con esto, dar a la investigación una visión eco-sistémica, sobre los procesos que influyen directamente en un TCA como la Anorexia Nerviosa.

## **Método**

### **Objetivos**

#### **Objetivo General.**

Explorar desde una visión eco-sistémica el desarrollo, trayectoria y dificultades de la Anorexia Nerviosa como fenómeno social, en mujeres colombianas en etapa adulta.

#### **Objetivos Específicos.**

1. Identificar la AN desde una visión sistémico-compleja; enfocando las pautas relacionales, que representa el síntoma (AN).
2. Interpretar, la familia como sistema y actor en la trayectoria del TCA, en mujeres adultas con Anorexia Nerviosa.
3. Explicar, la relación de la motivación, emociones y regulación de las mismas; con la Anorexia Nerviosa desde una visión eco-sistémica.

## Metodología

Este estudio, se realizó profundizando en las vivencias y trayectorias de tres (3) mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa, que se encuentran en etapa adulta (entre 25 y 69 años), con el criterio que estén atravesando o hayan transitado el proceso de este trastorno. Discriminando el sexo o género y con máximo 3 años de haber sido diagnosticado con AN. Este último requisito, se propuso con la finalidad de atender la posibilidad de recuperar la experiencia del sujeto, sin tener márgenes de error correspondientes a la temporalidad y transformaciones de la enfermedad.

En esta línea, el número **de personas** fueron contempladas según la necesidad del estudio teniendo en cuenta dos criterios expuestos por García, Gil y Rodríguez (1996): *suficiencia*, que evita llegar a un estado de “saturación informativa” lo cual es un gran problema en las investigaciones cualitativas, porque las narrativas en exceso de población, aportarían poco a la esencia del estudio. El otro criterio es la *adecuación*, que se refiere a seleccionar información según los objetivos y necesidades de la investigación, basado en la teoría y modelos emergentes.

Estas personas -nombras con seudónimos- son:

- Sujeto N<sup>o</sup>1: “Ana” mujer colombiana de veintisiete años
- Sujeto N<sup>o</sup>2: “Bianca” mujer colombiana de treinta y un años
- Sujeto N<sup>o</sup>3: “Camila” mujer colombiana de veintinueve años

Con esto, se dio inicio al campo con una aproximación relacional a la identificación de sentidos y significados, por medio de **narrativas de relatos biográficos** que se construyeron con las tres (3) personas mencionadas. Asimismo, se formularon axiomas

que dieran importancia a la historicidad y contexto del ser humano inmerso en un trastorno alimenticio, además del potencial constructor y transformador que han desarrollado a lo largo del proceso.

Cabe destacar, que junto a estas personas y por medio de los relatos, se busca dar comprensión a la subjetividad de las participantes y develar la esencia de la experiencia vivida en torno al TCA, visto desde un punto metodológico como el análisis de la narrativa de una persona sobre sí misma, sobre la AN. Destacando, que con estos aspectos se busca la constatación de un fenómeno y la producción de acontecimientos innovadores, que permitan comprender el significado de la anorexia nerviosa en la adultez, la trayectoria y dificultades del trastorno y, todo lo que emerja en el camino de investigación.

Por último, dentro del campo se decidió añadir como técnica investigativa un **genograma** de mínimo tres generaciones en cada uno de los casos, para obtener una mejor comprensión de las dinámicas relacionales que hay en la familia de cada persona. Esto en términos de relaciones, vínculos y generaciones, para identificar posibles cohesiones y amalgamiento, que permitan dar cuenta del fenómeno de estudio.

- **Cohesión:** Disposición a compartir en la distancia. (Hernández. A, 2008)
- **Amalgamiento:** El “otro” madre, padre, hermano” que se convierte en una extensión de uno mismo, con posibilidad de “apego ansioso” (Hernández. A, 2008)
- **Las familias balanceadas** son aquellas que están dispuestas a distanciarse (vínculo psicológico). (Hernández. A, 2008)

Posterior a la recolección de datos, se realizó una **matriz de sistematización** que permitiera organizar la información de los relatos biográficos, a partir de categorías teóricas tomadas de bases documentales, sobre investigaciones relacionadas con el fenómeno de investigación: Anorexia Nerviosa. Tales categorías, son una recopilación documental basado en los Dimensiones empírico-positivistas que explican el TCA; a los cuales, se realizará una lectura sistémico-complejo, para dar cuenta que la AN no se puede reducir a lo multi-factorial para su análisis.

<b>Categoría teórica</b>	<b>Fuente Bibliográfica</b>
<b>Posibles Dimensiones de riesgo del TCA –visión empírico positivista</b>	
1. Biológicos: el papel de la pubertad, sobre peso y obesidad 2. Dimensiones socio-culturales: Presiones socio-culturales sobre el peso, Influencia de los medios de comunicación, Las relaciones interpersonales y aspectos transculturales, la familia 3. Dimensiones Psicológicas: Preocupación por el peso / La internalización del ideal de delgadez /La importancia de la insatisfacción con la imagen corporal, Comportamiento inadecuado para bajar de peso: dieta, Baja auto-estima y el afecto negativo	M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M. <sup>a</sup> Raich, 2012

<b>Posibles Dimensiones Mantenedores del TCA – visión empírico positivista</b>	
Alteraciones Psicológicas: Autolesión no suicida (ALNS), distorsiones cognitivas respecto a la apariencia. Alteraciones fisiológicas: Neurológicas, Electrolíticas, Renales, Hematológicas, Cardíacas, Hormonales, Musculo esqueléticas, Digestivas	Hernández, 2003; Toro, 2004

<b>Otros</b>	
Experiencia emocional	A. Pascual, P. Apodaca, I. Etxebarria, M. Cruz, 2012
Proyecto de vida	D'Angelo, 1996
Adherencia o des-adherencia al tratamiento	Beumont, Russell y Touyz, 1993 Treasure, 2011
Relaciones interpersonales y aspectos transculturales + La familia	M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M. <sup>a</sup> Raich, 2012

## **Lectura sistémico-complejo, sobre las apreciaciones del enfoque empírico-positivista, atribuidas a la Anorexia Nerviosa**

Esta primera parte de la investigación, pretende exponer la información cualitativa obtenida de los tres relatos biográficos (Ana, Bianca y Camila); los cuales, fueron organizados en matrices basadas en categorías empírico-positivistas. Tales, serán utilizadas para desligar la visión causa-efecto sobre los TCA e identificarlos, como una atribución a la AN y no, la explicación de la misma.

### **Acerca la Anorexia Nerviosa**

El DSM-V ha incluido dentro de la categoría de los TCA a la Anorexia Nerviosa, como enfermedad mental y de alimentación; caracterizándola principalmente por

la restricción de ingesta energética prolongada, el miedo intenso a ganar peso o a engordar y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución corporal. El individuo llega a un peso corporal por debajo del mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (American Psychiatric Association, 2013) (1)

Con lo dicho, en la tabla (No.1) a continuación, se reúnen los criterios diagnósticos establecidos para la Anorexia Nerviosa según el DSM-V.

Tabla 1 1

*Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según DSM-V*

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades del individuo, que provoca un peso corporal significativamente bajo para la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física del sujeto.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, excesiva influencia del peso y/o constitución en la autoevaluación y poca consciencia de la gravedad.

Especificar si:

-Tipo restrictivo: El individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, por lo que la pérdida de peso es debida principalmente a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico excesivo.

-Tipo con atracones/purgas: El individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. Es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.

Nota: Tabla obtenida de American Psychiatric Association, 2013

Efectuada esta primera observación, ahora nos centraremos en el curso del TCA, haciendo hincapié a las posibles dimensiones predisponentes (riesgo), desencadenantes (precipitantes) y mantenedores de la Anorexia Nerviosa; las cuales, se trabajan como apreciaciones empíricas-positivistas, mas no como la explicación del fenómeno.

Es oportuno comenzar exponiendo las matrices a través de las dimensiones, que soportaron la organización de los relatos biográficos y con estas, desplegar la lectura sistémica que se busca dar a la Anorexia Nerviosa.

Asimismo, se logrará identificar a lo largo de las matrices, que se exponen los relatos a nivel de recurrencias o similitudes y frecuencias o diferencias. Con esto, se busca interpretar inicialmente el valor de que cada historia puede tener puntos de convergencia, los cuales son realmente mínimos. La verdadera significación son las frecuencias en las narrativas, ya que, desde este enfoque de complejidad se entiende un fenómeno de

estudio en común; pero cada sujeto se interpreta a nivel contextual y sobre las pautas relacionales del mismo.

Por lo tanto, inicialmente se deja en claro que este proyecto no pretende buscar u otorgar un culpable o una víctima del TCA, sino analizar las características de cada historia, las particularidades de sus familias y las pautas relacionales emergentes en dicho sistema.

<b>Matriz N.1</b>			
<i>Dimensiones Biológicas</i>			
<i>Subcategoría</i>	<b>Sujeto</b>	<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
El papel de la pubertad + Adolescencia	Ana	Auto-exigencia a nivel físico	Recuerdo mucho cuando estaba en séptimo, octavo y noveno que tuve problemas con mi peso. Desde muy chiquita, tuve que ir mucho al pediatra porque tenía problemas de peso, porque me empecé a desarrollar desde los siete años, me iba llegar el periodo, entonces me lo tuvieron que detener con hormonas. Por esto, estuve un año y medio yendo al pediatra y demás médicos para que darme hormonas y no desarrollarse a temprana edad. Esto, provocó que me empezara a subir de peso y también desde muy chiquita me pusieron en dietas, a los

			cuatro o cinco años yo estaba haciendo dietas, lo cual me ayudo a bajar mucho de peso, pero tenía mucho efecto rebote de subir y bajar de peso constantemente.
	Bianca	N/A	N/A
	Camila	Auto-exigencia a nivel deportivo y académico	<p>Siempre fui muy autoexigente, quería ser perfecta porque mi papá era militar y él era muy duro, siempre nos inculcaba ser las mejores en el colegio y también en el deporte, yo practiqué tenis muchos años y mis hermanas voleibol.</p> <p>Desde pequeña siempre me exigía mucho, por lo mismo siempre fui la primera en el colegio, pero por mi concentración nunca tuve amigas, y yo quería ser perfecta creyendo que era la manera de que la gente me aceptara. Lo que recuerdo es que nunca nadie me invitaba a ningún lugar, que yo era una niña solitaria</p>
Sobre Peso y Obesidad	Ana	N/A	Yo trataba de hacer mucha actividad física, pero en séptimo, octavo y noveno, me subí mucho de peso

	Bianca	N/A	N/A
	Camila	N/A	N/A

<b>Matriz No.2</b>			
<b><i>Dimensiones socio-culturales: Presiones socio-culturales sobre el peso</i></b>			
<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>Presiones socio culturales sobre el peso</b>	Ana		<p>yo les escuchaba mucho a las personas decirme que estaba gorda, no solo a mi mama, sino también a personas en el colegio</p> <p>intentaba vomitar, pero no podía entonces me empecé a subir de peso de nuevo.</p> <p>Empecé a buscar técnicas para evitar comer, entonces después de dos semanas mis papás dejaron de ponerme atención y volví a dejar de comer, cuando salíamos en familia yo pegaba solo un mordisco a la hamburguesa, dos cucharadas de comida y ya no más</p> <p>entré a la universidad y en ese entonces estudiaba marketing en la Sergio Arboleda, allí me encontré</p>

			<p>con todo tipo de mujer y eso me deprimió porque todas era divinas, monas, con cola y senos grandes, pero abdomen súper delgado; yo quería ser así.</p> <p>Lo más chistoso es que creían mi trastorno era desarrollado porque soy fan de Demi Lovato y ella es igual, pero no tiene nada que ver. Eso fue detonante porque siempre vivo observada por las personas que saben mi condición, eso me tienen mamada, quiero tener mi privacidad.</p>
	Bianca		
	Camila		<p>La cuestión con la anorexia, es que yo nunca fui gorda siempre fui delgada por mi alto rendimiento en ejercicio y mi mamá siempre me enviaba cosas saludables, como sándwiches, ensaladas, fruta y mucha agua.</p>

<b>Matriz No.3</b>			
<b>Dimensiones socio-culturales: influencia de los medios de comunicación</b>			
<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>Influencia de los medios de comunicación</b>	Ana	<p>También, empecé a buscar en blogs como Tumblr tips para bajar de peso y varios decían que cuando me obliguen a comer, moviera el pie de arriba a abajo mientras comía, porque esto afecta el metabolismo a procesar la comida más rápido y así no tener tanto efecto en el cuerpo</p> <p>En realidad, encontraba y leía cosas terribles, de experiencias de otras personas, pero para mí esta enfermedad o lo que sea no es algo malo.</p>	
	Bianca		
	Camila	<p>Últimamente me estoy leyendo un libro, se llama "Abzurdah" es de una chica que vivió la anorexia y salió de eso, es interesante aunque es la típica anoréxica que todos la odian por gorda y se volvió flaca, aunque no me identifica me llama la atención de allí fue que aprendí que se le llama "Ana" a la anorexia, porque con esa palabra el internet no bloquea los blogs donde las mujeres comparten su experiencia y también dan</p>	

		tips para adelgazar, es un poco ridículo porque no todas somos así, pero bueno.	
--	--	---	--

<b>Matriz No.4</b>			
<b><i>Dimensiones socio-culturales: Influencia de las relaciones inter-personales</i></b>			
<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	Ana	<p>Un año después entré a la Universidad Externado, allí conocí un chico y fuimos novios y él supo toda mi historia, pero no me decía mucho. Todo empeoro cuando él se tuvo que ir del país, yo me deprimí mucho, volví a esquivar todas las comidas diarias y baje mucho de peso por no tenerlo cerca. Tuve ataques de ansiedad, no pude conmigo misma y estuve incapacitada un mes porque yo no quería vivir más, me quería suicidar; yo misma compré la cuchilla para cortarme las venas, no podía verme al espejo aun teniendo veintitrés años. Tuve que hablar con él y me decía: “deja de hacer todo esto al menos por mi”, pero hoy me doy cuenta que, al hacer intentos de mejorar, siempre es por otras</p>	<p>una amiga que siempre me criticaba todo lo que tenía, me criticaba mi cabello, mis medias, mi letra, creo que hoy en día a ella no le gusta absolutamente nada mío y no sé por qué sigo siendo amiga de ella. Pero haciendo un análisis hace poquito, siento que gracias a ella ahorita yo tengo muchas inseguridades, demasiadas; en cuanto a mi físico, en cuanto como hablo, absolutamente todo. Todo lo que tengo, ella siempre me ha criticado.</p>

		<p>personas y no por mí, porque yo quiero morir con esto, no quiero dejar de hacerlo porque no le veo algo malo, y me estresa que nadie lo entienda.</p>	
	Bianca	<p>cuento ya no fui la misma, me ponía histérica por todo, me empezó a ir mal en la universidad, ya no quería salir, solo quedarme en mi casa con un pijama y ver netflix, no quería hacer nada más. Camilo como era de esperarse, me dejó, lo cual me hizo entrar en una depresión profunda. Pasaron dos meses y yo seguía así, la cosa era que académicamente estaba comenzando el semestre y en esos dos meses no hice nada, lo que bajo mi rendimiento completamente. No tenía ningún soporte, mi única ayuda era mi novio, pero él se fue</p> <p>Ahora que lo pienso y me cuestiono, estaba completamente sola, desde que mi ex me dejó no quede con nadie en el mundo, estaba completamente sola y mi refugio solo era el gimnasio, y aun allí no tenía ni contacto con los entrenadores, no conocía a</p>	<p>mis papas siempre han tenido su vida acá, entonces yo seguía viviendo sola y mis hábitos de alimentación eran iguales, mi gimnasio seguía, y pues continué con mi carrera, pero uish sí que me dio muchos dolores de cabeza, empezando porque solo tenía dos amigas con las cuales los únicos temas eran académicos, y terminando con que odiaba tener contacto con la gente. A mí siempre me ha fascinado estar sola en mi casa en mi espacio y mis pensamientos.</p> <p>Mientras yo veía que todos vivan borrachos y felices, yo era una amargada compulsiva con recetas saludables o con el ejercicio</p>

		nadie y hacía mis ejercicios con una aplicación que da el gimnasio cuando pagas el año entero.	
	Camila	por mi concentración nunca tuve amigas, y yo quería ser perfecta creyendo que era la manera de que la gente me aceptara.	algo que cambió muchísimo en el viaje es que hice muchos amigos, me volví super social, incluso tuve relaciones en varios países, me volví una hippie total y me encantaba.

<b>Matriz No.5</b>			
<i>Dimensiones psicológicas: preocupación por el peso y la internalización de la delgadez</i>			
<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>Preocupación por el peso</b>  <b>La internalización del ideal de delgadez</b>	Ana		Bueno, cuando estaba en noveno yo tenía catorce años y fui a los quince de una compañera del salón en ese entonces, ella cumplía exactamente el 31 de octubre entonces el tema evidentemente era una fiesta de disfraces, yo me disfracé de bruja y toda la noche estuve muy tranquila, hasta que nos tomaron fotos y las subieron a Facebook, cuando esto pasó yo me vi muy gorda, mi cara, mis brazos, mis piernas, mi estómago y literalmente

			<p>me dio mucho asco, yo no podía ver eso. Tras del hecho me etiquetaron en estas fotos, entonces yo le pedí a mi amiga que las borrara o me quitará la etiqueta, porque yo no podía verme así.</p> <p>siempre lo he ocultado porque siempre me hago una idea de lo que piensen de mí y si me siento, la persona va poder ver mis gordos y piernas asquerosas. Yo nunca había tenido un novio, entonces pensaba que por estar así de gorda nunca había podido establecer un vínculo de pareja con nadie.</p>
	Bianca		
	Camila		

### Matriz No.6

#### *Dimensiones psicológicas: comportamiento inadecuado para bajar de peso*

<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>Comportamiento inadecuado para bajar de peso: dieta</b>	Ana	tenía 14 años, y ya se estaba acabando el año por lo cual empezaron las vacaciones, y yo por lo general no salía tanto porque mi abuela me cuidaba y	

	<p>estaba conmigo todos los días, en esta época deje de comer, corte la comida de la noche a la mañana</p> <p>empecé a excederme con el ejercicio, hacía mucho ejercicio en mi casa, También, me acuerdo que con una crema depilatoria nos habían dado unos parches para reducir peso, entonces me puse esos parches y con estos hacia ejercicio por la mañana, por la tarde y por la noche; hacía abdominales, corría, trotaba, montaba bicicleta. Porque los parches pasaban electricidad con el ejercicio y eso, hacía bajar de peso, por lo cual me los ponía en el estómago, porque es la parte que más me ha afectado, lo odio.</p> <p>intentaba vomitar, pero no podía entonces me empecé a subir de peso de nuevo.</p> <p>Empecé a buscar técnicas para evitar comer, entonces después de dos semanas mis papás dejaron de ponerme atención y volví a dejar de comer, cuando salíamos en familia yo pegaba solo un mordisco a la hamburguesa, dos cucharadas de comida y ya no más</p> <p>empecé a ir a yoga, hacer pilates, salía siempre a</p>	
--	--	--

		<p>montar bicicleta, pero todo exagerado, sin embargo, no veía resultados, me veía una papada asquerosa, no podía con mi estómago</p> <p>También, en la época de la Universidad empecé a inhalar cocaína porque leí que esa droga hace mover el sistema digestivo y bajaban de peso, eso generaba burla en mis amigos, pero solo era en fiestas o ambiente de rumba. Deje esto, porque no quería joderme la vida y la de mi mama, no quería terminar de indigente.</p>	
	Bianca	<p>todo se fue al piso, no quería nada solo quería la fuerza para poder matarme, me asqueaba mucho el mundo, pero no era tan odiosa con mis papas de hacer esas cosas. Entonces mi salida fue dejar de comer y pague un año de gimnasio, no sabes lo delicioso que la pasaba en el gimnasio, yo no me iba hasta que ya las piernas me temblaran o hasta que estuviera roja a estallar del cardio. En realidad, me hacía muy muy muy feliz masacrarme haciendo ejercicio y aunque salía que me comía una vaca, no comía</p>	

		<p>nada y hacia eso en la noche para solo bañarme y dormir</p> <p>mi rutina era despertarme, desayunaba fruta con granola y yogurt, o arepa con queso. Luego en la universidad almorzaba el menú del día, para no morir en el gym antes del ejercicio me tomaba un café y listo, hasta el otro día. Con esto pues digamos que me empecé adelgazar mucho, y para la ansiedad de la comida a veces fumaba uno que otro cigarrillo, claramente era una combinación explosiva con el gimnasio, pero trataba pues de fumar en días que hacía poco cardio. Digamos que así empezó a ser mi día a día y cada vez con más reducción en los alimentos, osea a veces no comía el desayuno o incluso el almuerzo. Todo esto, empezó hacer alarma cuando me desmaye sola en mi casa y supe que algo andaba mal, perdí la noción del tiempo y es como si me hubiese quedado dormida horas en el piso de mi cocina, fue extraño, pero bagggg al final no le puse atención, incluso pensé que podía ser consecuencias del aborto.</p>	
--	--	--	--

		<p>Para dormir todo el día me auto medicaba amitriptilina y solo con media pasta quedaba full dormida. Así no sentía hambre y mis papás creían que era por la carga académica y me dejaban dormir hasta dieciocho horas.</p>	
	<p>Camila</p>	<p>Con mi hermana del medio, a raíz de tanto problema empezamos a fumar mucha marihuana que había en la casa, porque mi papá la usaba para aliviar el dolor al final de sus días, entonces hacíamos dulces con marihuana y la fumábamos. Es que mi hermana del medio que se llama Andrea siempre le ha gustado eso y no sé, simplemente me deje llevar.</p> <p>pasó aproximadamente un año, hasta que ahorramos lo suficiente y me fui con Andrea por sudamérica. Empezamos por Santa Marta y la Guajira, seguimos por Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay y terminamos en Brasil; ese viaje estaba programado para dos meses y terminamos viajando más de un año, en el transcurso mi mamá nos visitó en Perú y en Brasil.</p> <p>En este viaje pasamos muchas necesidades, entre</p>	

	<p>las cuales un lugar donde dormir y la comida era lo más escaso, fue allí con tanta fumadera de marihuana y poco alimento que empecé adelgazar mucho más, llegué a pesar de 56 kilos a 47 kilos. Claramente muchas veces me desmayé, pero mi hermana creía que era cansancio y ya, incluso yo también lo pensaba, peor en realidad estaba desnutrida.</p> <p>me volví una mujer social, deje muchas inseguridades en torno a charlar con un hombre o tener una relación así sea pasajera, pero el tema de la alimentación me bloqueaba y también el del drogarme, así sea una hierba realmente vivía en Plutón con mi hermana y creo que eso nos hizo bastante resistentes a vivir en la nada durante ese tiempo.</p> <p>Al llegar mi mamá nos embutió comida, tratamientos de piel y demás cosas porque llegamos desastrosas, pero eso me engordo y no me gustó. Hasta que un día vomité por primera vez después de haber ido a comer en el corral. Después del vómito me sentí aliviada.</p>	
--	--	--

		<p>Pero con el tiempo, en lugar de comer y vomitar, como esa vez y luego muchas veces, dejé de comer. Porque vomitar me lastimaba la garganta; entonces, ¿para qué sentir ese dolor si podía directamente no comer nada? Lo máximo que estuve sin comer fueron 9 días; los demás días, durante tres meses, sólo comía una manzana o tomaba mucha agua... En esos tres meses bajé 10 kilos, más de lo que había perdido en el viaje.</p>	
--	--	---	--

<b>Matriz No.7</b>			
<b><i>Dimensiones psicológicas: Baja auto-estima y afecto negativo</i></b>			
<b><i>Subcategoría</i></b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>Baja auto-estima y el afecto negativo</b>	Ana	<p>porque definitivamente no me podía ver al espejo, cuando me bañaba yo no bajaba la mirada para ver mi cuerpo, le pedí a mi mamá que me quitara el espejo de mi cuarto, porque no podía salir de la ducha y verme desnuda. Dure mucho tiempo cubriéndome y sin bajar la mirada a mis senos, mis piernas, mi estómago, mis brazos; cuando pasaba y</p>	

		<p>había un espejo en la calle, evitaba mirarme porque me daba asco</p> <p>sufro mucho, odio mi cuerpo</p>	
	Bianca	<p>que mi problema de alimentación comenzó a raíz de todo esto, porque dejé de lado mi alimentación, era extraño porque el mes que estuve embarazada comí todo lo que pude, porque quería alimentar a mi bebe. Pero después de esto, no le veía sentido a nada, ni siquiera a bañarme, es como que en la vida necesitamos motivación para todo y yo realmente no tenía ninguna, hasta se me había olvidado el por qué entré a estudiar odontología... no quería nada con el mundo, todo me asqueaba</p> <p>La verdad nunca me he sentido bonita y soy consciente que como me vea yo me va ver el mundo, y pues todos me ven horrible.</p>	
	Camila	<p>Tengo vacíos relacionado con la muerte de mi papá, con las locuras que hice en mi viaje por Sudamérica como la marihuana y el sexo</p>	

		<p>promiscuo. También el hecho de mi vida profesional, pues yo soy consciente que puede ser una médica o una ingeniera civil, pero bueno por algo estoy acá, yo creo en el destino y pienso que la vida me tiene en este punto por alguna razón. Quizás debo mejorar la parte de mi peso, mis hábitos de alimentación pero no es algo que tenga como prioridad en este momento.</p>	
--	--	---	--

<b>Matriz No.8</b>			
<i>Dimensiones psicológicas: experiencia emocional</i>			
<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>
<b>Experiencia emocional</b>	Ana	<p>Mi abuela falleció hace dos años y eso, fue la excusa perfecta para que mi familia me obligara a dejar mi trastorno e intentos de suicidio al cortarme, porque mi abuela era mi vida entera, ella me consentía todo hasta cuando fui vegetariana era la única que me cocinaba, y mi mama me decía que el mejor homenaje era comportarme mejor. Sin embargo, no me importaba mejorarse aun</p>	

		<p>sabiendo que se me cae mucho el pelo, tengo uñas débiles, dientes amarillos y sensibles. Pero de esto nunca me ha pasado nada al punto de la muerte, sin embargo, sufro mucho, odio mi cuerpo.</p> <p>Durante el luto de mi abuela, recuerdo que tome mucho alcohol y cocaína, pero ya no hago eso porque el alcohol me engorda y las drogas me llevan a la indigencia. Solo uso cigarrillo para calmar la ansiedad del hambre.</p>	
	Bianca	<p>en tercer semestre tuve una situación en la cual quedé embarazada, con tan solo dieciocho años de edad. Esto me impactó mucho, aun teniendo mi novio, Camilo, con quien llevaba desde primer semestre, pues no era mucho tiempo, pero tampoco era un aparecido cualquiera. Jajaj oye esto es súper incomodo, porque la época de la universidad no es la que quisiera recordar. En fin, me enteré un lunes que estaba embarazada y solo lloraba sin saber que hacer... pues a ver te explico, yo vivía sola porque</p>	

		<p>mis papás son de acá de Guaduas, entonces yo vivía sola en un apartamento pequeño sobre la séptima con cuarenta y siete, y me enviaban plata para comer y algunas necesidades más. Entonces, si yo llegaba con la noticia de mi embarazo, me iban a matar literalmente, me iban a quitar todo y no podría terminar odontología, incluso me tendría que separar de Camilo y yo... estaba realmente muy enamorada.</p> <p>Siendo un miércoles y ya con un mes de embarazo me tomo dos pastas y las otras dos vías vaginales, todo esto ocurrió en la casa de él. Pero yo, quede totalmente devastada tanto física como emocionalmente, sentía que me quería suicidar porque había matado una vida, la de mi propio hijo, incluso le hice una carta pidiendo perdón... pero creo que la bote o tendría que buscarla. En fin, ese fue el peor día de mi vida hasta el momento, además que en el fondo camilo y yo sabíamos que eso en lugar de unirnos</p>	
--	--	---	--

		<p>más, nos haría acabar con la relación</p> <p>mi mayor duelo fue el perder mi bebe, por mi propia decisión y lo sobrelleve con mi adelgazamiento. No fue una fórmula mágica, solo que nadie sabía, obviamente a ningún médico le conté del aborto, porque aún es algo que me aflige bastante, entonces imagínate en ese momento, además que me da miedo las implicaciones legales que eso pueda tener</p> <p>lo que cambio mi pensamiento y me hizo sentar en la tierra fue la muerte de una chica acá en Guaduas, ella era de una familia muy normal, católica, sencilla, amable y demás cualidades. Pero ella sufría de bulimia, aunque desde pequeña comenzó con anorexia y al crecer descubrió que vomitando había resultados más efectivos pues comenzó con vomitar hasta la bilis y falleció. Eso es muy triste y en parte escandaloso en un pueblo, porque es una muerte que se pudo detener y pues en estos ambientes,</p>	
--	--	--	--

		<p>las muertes generalmente son de viejitos muy enfermos y no de niñas con desórdenes alimenticios. Este caso me conmovió y conmovió el pueblo, por lo cual meses después se abrió un curso como de prevención de suicidio, porque lo relacionaron con eso, aunque ustedes los psicólogos sabrán más.</p>	
	<p>Camila</p>	<p>Yo caí en una depresión muy profunda, porque mi papá fue diagnosticado de cáncer cuando yo estaba en grado décimo, y la enfermedad se esparció tan rápido que él dejó las filas militares, lo pensionaron, incluso remodelamos la casa porque él necesitaba una habitación como de hospital. Mi mamá siempre se mostró muy fuerte, pero mis hermanas no y yo me sentía en la mitad.</p> <p>Dos años después, mi papá falleció en nuestra casa fue una escena durísima, mi mamá estaba derrotada pero mis hermanas peor</p> <p>con todo el rollo de mi papá nunca me concentré en estudiar, asistí solamente a clases de</p>	

		alemán y de inglés, hasta que un día decidí estudiar pastelería y eso hice. Luego de estudiar pastelería volví a quedar en ceros, mi mamá lloraba mucho y yo era una adolescente que no sabía qué hacer con su vida, además de la presión que si no estudiaba algo los militares me quitaban la pensión de mi papá y no podía pasar eso. Mi mamá quería dejar de trabajar, por eso me desesperé en estudiar algo aunque no le encontraba sentido a nada.	
--	--	--	--

<b>Matriz No.9</b>			
<b><i>Dimensión psicológica: Autolesión no suicida "ALNS"</i></b>			
<b><i>Subcategoría</i></b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>ALNS</b>	Ana	Me prohibieron cerrar puertas, me empezaron a controlar demasiado y me tocaba tomar los medicamentos, aunque estos me hicieron deprimir demasiado y comencé a cortarme los brazos, tobillos y demás, de hecho, todavía tengo muchas cicatrices de eso a pesar que fue hace trece años, cuando tenía quince.	

		<p>Cuando me salí de estudiar de la Sergio Arboleda, me di un año sin estudiar y mis papas estaban muy estresados porque me estaba cortando mucho, al punto que un día me llevaron de urgencias a la clínica nuestra señora de la paz que queda en la zona industrial, pero afortunadamente no me dejaron hospitalizada</p>	
	Bianca	<p>estas enfermedades son un suicidio solo pues a largo plazo, porque nosotras mismas somos quienes nos hacemos daño...</p>	
	Camila	<p>Yo nunca he mostrado ganas de matarme o dejar de vivir, pero al maquillarte con una enfermedad así pues piensan que es una forma de suicidarse a largo plazo.</p>	

<p><b>Matriz No.10</b></p> <p><b><i>Dimensión psicológica: Distorsiones cognitivas respecto a la apariencia</i></b></p>			
<b><i>Subcategoría</i></b>	<b><i>Subcategoría</i></b>	<b><i>Subcategoría</i></b>	<b><i>Subcategoría</i></b>
<p><b>Distorsiones cognitivas respecto a la apariencia</b></p>	Ana	<p>trataban de colaborar, me mandaron al nutricionista y esto me estresa mucho porque odio que me pese, lloraba demasiado antes,</p>	

		<p>durante y después de las sesiones; además, la nutricionista me dijo que mi peso debía ser 55 kilos y yo me quede con ese número en la cabeza y hoy en día, ese sigue siendo mi número ideal</p> <p>Siempre he tenido un dilema con la ropa, siempre me ha molestado vestirme muy suelto o muy apretado y no sé qué tipo de ropa usar porque siento que me voy a ver como un chicharrón o un chorizo apretado horrible, o si la ropa está suelta no me veré sexy. Por esto, siempre tengo problemas con mi mama y ella ahora prefiere darme la plata para que yo me amargue sola y no le amargue la vida a ella.</p>	
	Bianca		
	Camila	<p>Yo realmente no me siento así y como se lo he dicho a la doctora y a mi familia: es mi estilo de vida y no me molesta. Mi mamá me entiende, aunque yo sé que se preocupa, pero ella confía tanto en mí que</p>	

		<p>sabe que yo no estoy así porque quiera morir, sino son hábitos que ya no se cambian y punto.</p> <p>Pues mi mamá siempre ha sido muy noble y comprensiva, pero como te digo yo siempre fui delgada y esto es como una versión más delgada y ya, ella tiene la filosofía de que cada uno puede hacer de su vida lo que desee, siempre y cuando no moleste a otros</p> <p>últimamente he tendido a vomitar porque leí en internet que una persona necesita cada día alrededor de 1.200 calorías para sobrevivir, y yo como máximo ingiero 1.000 si me paso vomito todo. Bianca es una de las partidarias que vaya a terapia o al menos a un nutricionista, pero por ahora yo me siento bien así, no siento que me esté muriendo, que me esté haciendo daño o arruinando la vida.</p>	
--	--	---	--

--	--	--	--

<b>Matriz No.11</b>			
<i>Dimensión psicológica: Proyecto de vida</i>			
<b>Subcategoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Subcategoría</b>
<b>Proyecto de vida</b>	Ana		
	Bianca		<p>pues siempre fantaseo mucho, con una casa gigante, un esposo, muchos hijos, yo fantaseo con ese momento que te propongan matrimonio, con que me haga una prueba de nuevo y pueda gritar que tendré un bebé. Pero es algo que a estas alturas de mi vida no he tenido, por eso aun fantaseo con eso jajaja. Aaa y también amaría hacerme cirugías estéticas, como detallar mi tabique y aumento de senos, pero pues la economía no da para tanto en este momento, es ridículo que lo siga pensando a mis treinta y un años de vieja.</p> <p>vamos en el proceso y a mí me ha servido de</p>

			<p>terapia porque me he sentido la mamá de ella jajajaja esto me da risa nerviosa, porque soy consciente que a mí me falta mucho y quien diría, yo con tantos proyectos profesionales y personales, pero hoy en día soy una odontóloga común y corriente, que vive entre la psiquiatra, la nutricionista y ¡ah! por su puesto la iglesia</p> <p>Por eso le puse ese título a la entrevista porque siempre se vuelve a los inicios, a las raíces. La vida en definitiva no se queda con nada y si uno obra mal o bien, va tener recompensas acordes a eso; tal cual me paso a mí: aborte, deje de comer, me enferme, me deje llevar... y véanme aquí tratando de salir adelante y ojalá conseguir un novio que me saque de esta soledad del corazón.</p>
	Camila		<p>lo único que le quita el sueño (a la mama de Camila), es que ahora con mi edad nunca estudié algo profesional</p>

			<p>como mis hermanas y como mi papá hubiera querido, efectivamente me quitaron la parte de la pensión de mi papá, incluso la EPS de beneficiaria, ahí me tocó conseguir trabajo en una pastelería y bueno, no ha sido el mayor sueño de mi madre para mí.</p> <p>Actualmente me veo como una mujer que quiere salir adelante, creo que mi vida personal de si como o no como, es algo mío, algo que no le interesa a nadie más que a mí, me considero una mujer que va montar su pastelería, que soy amada por mi novio, tengo una mamá excelente. También quiero empezar el proceso de cerrar el ciclo de ese duelo por la muerte de mi papá pues ya han pasado más de nueve años, también quisiera compartir más con mi sobrino y vivir tranquila. Aunque no miento, tengo muchos monstruos que están conmigo, muchos vacíos que no me dejan</p>
--	--	--	--

			tranquila pero trato de llenar.
--	--	--	---------------------------------

<b>Matriz No.12</b>			
<b>Alteraciones fisiológicas</b>			
<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>Anorexia Nerviosa</b>  <b>+</b> <b>Alteraciones Fisiológicas</b>	Ana		Hoy en día disfruto más la comida, mi mamá cocina muy rico y generalmente desayuno fruta, almuerzo lo que me empacan en un recipiente pequeño y de noche como carne con ensalada o algo así ligero. Siempre estoy tomando agua, fumando para no sentir hambre y no esquivó tanto la comida, porque no quiero engordar con las reservas de grasa de mi cuerpo.
	Bianca		yo considero que el aborto fue mi principal causa del trastorno, mmm porque a ver no sé cómo explicarte... porque yo tuve muchos cambios de un día para otro literalmente. Cambios como hormonales, emocionales y físicos en general; yo he leído al respecto y eso puede generarte depresión por ese choque químico dentro

			de tu cuerpo, y yo literal literal sentía ganas de matarme
	Camila		<p>Voy hacer un paréntesis y es que, en esta enfermedad, llega un momento en que la comida te repugna, cuando pasas el umbral del hambre, te llegas a olvidar de cómo se masticaba. Eso fue lo que me pasó durante el viaje y después del mismo, además hubo días en los que el recuerdo de mi papá y las peleas con mi mama me hacían débil, con mi mamá vivíamos agarradas porque no estudié nada, no hice nada y pasaban los años. Yo era excelente estudiante y de la nada ya no era nadie en el mundo, ya tenía “Ana” jajajajaja así es como se le dice a la enfermedad en este mundo, es para darle un toque amable a la enfermedad.</p> <p>Últimamente hago un reto détox, entonces tomo un batido en la mañana, de onces una fruta de almuerzo pez con ensalada, porque soy peseciana desde mi viaje muchilero ósea hace</p>

			<p>muchos años no como carne de res o pollo, un día intente y casi me explota la panza. En la tarde me tomo un café que es típico acá en el pueblo y en la noche el mismo batido de la mañana. Hago esto todos los días, mi novio lo sabe mi mamá lo sabe y todo perfecto. No hago ejercicio ni nada de eso, me da mucho flojera</p>
--	--	--	--

**Matriz No.13**

**Dimensiones Socio-culturales: Adherencia al tratamiento**

<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<p><b>Anorexia Nerviosa</b></p> <p><b>+</b></p> <p><b>Dimensiones socio-culturales</b></p> <p><b>Adherencia y des-adherencia al tratamiento</b></p>	<b>Ana</b>	<p>todo se salió de control, porque mi hermano se dio cuenta y les contó a mis papas que yo no estaba comiendo. Desde ese momento me empezaron a llevar al psiquiatra, pero primero fue una cita de medicina general porque el sistema de salud aquí es así. Me empezaron a medicar con fluoxetina y me tocaba hacer un diario sobre lo que comía al día, mis actividades y hábitos, los pensamientos que tenía y demás. Me prohibieron cerrar puertas, me</p>	

		<p>empezaron a controlar demasiado y me tocaba tomar los medicamentos, aunque estos me hicieron deprimir demasiado y comencé a cortarme los brazos, tobillos y demás, de hecho, todavía tengo muchas cicatrices de eso a pesar que fue hace trece años, cuando tenía quince.</p> <p>Bueno, seguí yendo al psiquiatra y la verdad no mejoraba, me decían que me iba a hospitalizar y yo no quería eso entonces empecé a comer un poquito más, para demostrarles a mis papas que no necesitaba estar hospitalizada. Más adelante a mis dieciséis años, la ansiedad bajó un poco y empecé a comer, pero me subí de peso</p> <p>buscamos ayuda particular y la psiquiatra me remite a un centro llamada Equilibrio que queda en la 127, nosotros fuimos, ya era mayor de edad y por ley mi EPS debía cubrir un tratamiento y me hicieron muchos exámenes. Después de tener resultados no me dejaron volver a Equilibrio, sino me</p>	
--	--	--	--

		<p>remitieron a un lugar que se llama Instituto Nacional de demencia Emanuel, no estaba interna pero sí en tratamiento toda la mañana. Para pasar el tiempo ocupada en la tarde empecé a trabajar y allí nadie supo nada. Pero mira el nombre del instituto “centro de demencia” yo era la primera persona con trastorno alimenticio y joven, porque todas las personas eran de cincuenta años para arriba y no entendía porque me mandaron para allá. Sin embargo, los psiquiatras trataban de colaborar, me mandaron al nutricionista y esto me estresa mucho porque odio que me pese, lloraba demasiado antes, durante y después de las sesiones; además, la nutricionista me dijo que mi peso debía ser 55 kilos y yo me quede con ese número en la cabeza y hoy en día, ese sigue siendo mi número ideal. Sin embargo, mi mayor estrés era el lugar donde estaba, porque nadie me entendía por todo lo que pasaba y no veía progresos, y seguía tomando medicamentos, pero ya pasé de fluoxetina a sertralina y me tenía que</p>	
--	--	---	--

		<p>tomar dos pastillas con cada comida. También sentía que en el instituto me observaba demasiado, cada vez que comía o cuando iba al baño y eso me causó mucho estrés, al punto de arrancarme el cabello y seguir cortando mi cuerpo; algo que también hacía era enterrarme las uñas, por eso las mantengo largas y me da mucho fastidio si se me parten las uñas.</p> <p>Luego me salí voluntariamente del lugar, me desesperaba el olor, las personas y demás, en realidad fue la peor experiencia de mi vida.</p>	
	<p><b>Bianca</b></p>	<p>Todo cambio, el día que fui a visitar a mis abuelas acá en el pueblo, hubo un día que pareció una guerra de Troya o algo así... mi abuela materna y paterna viven en un asilo acá en el pueblo y cuando fui a verlas se emputaron literalmente, porque estaba súper flaca y mi mamá de chismosa ya les había dicho que no comía sino solo dormía. Como toda abuela bien bruja, supieron que algo andaba mal -cosa que mi mama nunca pudo- y me mandaron al médico. Te</p>	

		<p>juro que no dure más de dos semanas acá en el pueblo y me devolví a Bogotá con mi mamá, porque me sacó ochenta mil citas con médicos, literal vivía metida en Compesar. Desde médico de familia, hasta neurólogo.</p> <p>termine obviamente remitida en psiquiatría, y me toco con una loca peor que yo típico de médico de seguro. La vieja solo quería obligarme a cambiar de parecer, en serio la gente no toma en serio un desorden alimenticio, nadie lo hace porque lo ven ridículo, es como mmm oye debes sentir hambre y cuando sientas trágate ocho hamburguesas y así tampoco es. Es algo que va más allá de no comer</p> <p>El caso es que desistí de cualquier tratamiento médico, y con mi buen poder de convencimiento mis papas accedieron a dejarme en paz por esa parte. Pero si me obligaron asistir a retiros espirituales cada tres meses ¿por qué? no por Dios, sino porque en esos retiros esas monjitas</p>	
--	--	---	--

		<p>le embuten a uno comida hasta reventar el botón, y vaya uno no les reciba, ja.</p> <p>fui a un psicólogo, este me remitió a un psiquiatra todo fue por Compensar plan complementario, incluso aun voy en la Clínica Reina Sofía en Bogotá y me atiende la psiquiatra... eso me da alegría de que yo misma he salido adelante y no tuve que llorarle a nadie para superar mi trastorno o como lo quieran llamar. También tengo una amiga nutricionista que conocí cuando estudiaba en la javeriana, quien es coaching y me ayuda como a pensar más en alimento que en gordura. Así poco a poco fui saliendo, claramente me estoy saltando muchas dificultades que tuve, como desmayos recurrentes, muy poquita energía sobre todo en mi preciado gimnasio, solo quería dormir incluso sin ayuda de la amitriptilina</p>	
	<b>Camila</b>	<p>A mí me diagnosticaron cuando baje los 10 kilos que te conté, porque iba a terapia por el duelo de la</p>	

		<p>muerte de mi papá y la psicóloga pues muy astuta ella, se dio cuenta que estaba más delgada de lo que debería estar y relaciona todo con depresiones por la ausencia de mi papá, por el viaje y demás cosas. Entonces me remitió a psiquiatría y la psiquiatra me diagnosticó con anorexia en una etapa no muy desarrollada, entonces empecé proceso con nutrición y esas cosas, nunca me medicaron pero si seguí en psicoterapia.</p>	
--	--	---	--

A través de estas matrices, están los relatos biográficos obtenidos de Ana, Bianca y Camila; quienes narraron su trayectoria con AN.

Empero, el objetivo de esta investigación es otorgar una mirada desligada a la causa-efecto de la Anorexia Nerviosa, aun así, dentro de los textos se encuentra que las tres mujeres acreditan el desarrollo del TCA a lo multifactorial. En el caso de Ana, es muy frecuente que nombre la menarquia a temprana edad, la cual, para ella fue el causante de su AN -Ver Matriz N.01: *Dimensiones biológicas: el papel de la pubertad, el sobre peso y obesidad.* -

Dentro de este contexto, el “*papel de la pubertad*” se refiere al rol de la pubertad, entendida como una etapa del desarrollo con múltiples cambios, entre los cuales está “el peso corporal influenciado por los niveles de estradiol y tiende a aumentar en las niñas,

influenciado por elementos genéticos” (Klump KL, Keel PK, Sisk C, Burt SA, 2010, p.1746) (4). Además, “la maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así como por el crecimiento lineal acelerado, la dinámica de aumento de peso y el desarrollo de la identidad (el deseo de aprender y desarrollarse) del adolescente” (Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M, 2012, p.394) (3). Añádase a esto, como dimensión importante la *pubertad temprana*, consistiendo en una maduración prematura que produce cambios como el sobre peso: “El peso excesivo se asoció claramente con probabilidades significativamente mayores de pubarquia y menarquias más tempranas” (Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML, 2009, p.87) (5). Asimismo, hay evidencia de que “el aumento de peso al comienzo de la pubertad está relacionado con una imagen corporal negativa y una dieta en los adolescentes”. Lo que proporciona anticipadamente una madurez de la identidad, (Tremblay L, Lariviere M, 2009, p.76) (6) “conduciendo a un conflicto y contribuyendo a una mayor insatisfacción y una imagen corporal pobre, con los consiguientes comportamientos alimentarios inapropiados y la posible aparición de TCA” (Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M, 2012, p.394) (3).

En cuanto a la subcategoría de *sobre peso y obesidad*, está estrechamente relacionada con la pubertad y la alta incidencia de los adolescentes, a presentar obesidad con maduración temprana. No obstante, hay otras dimensiones que influyen la aparición de sobre peso y obesidad, como el “ambiente obesogénico” caracterizado por “la confluencia de alimentos altamente sabrosos, fácilmente disponibles y muy publicitados; porciones más grandes; aumento de la presión para comer; y disminución significativamente de la actividad laboral y de ocio, predisponiendo a muchos al aumento

de peso” (Corsica JA, Hood MM, 2011, p. 996-997) (7). A causa de ello, muchas personas desarrollan sobre peso y obesidad, lo que conlleva (sobre todo en población femenina) a “una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos” (Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M, 2012, p.395) (3). Lo mencionado, se pudo evidenciar en un estudio longitudinal, en el cual, los resultados arrojaron que

alrededor del 40% de las niñas con sobrepeso y el 20% de los niños con sobrepeso participaron en al menos una de las conductas alimentarias desordenadas (atracones y / o control de peso extremo). Las burlas de peso por parte de la familia, las preocupaciones personales sobre el peso y los comportamientos de control de peso de dieta / poco saludables predijeron de manera firme y consistente el estado de sobrepeso, los atracones y los comportamientos extremos de control de peso después de 5 años (Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. 2007, p.359)

Este tipo de investigaciones, son de carácter empírico-positivista, ya que, evidentemente atribuyen valor de causante al aspecto biológico, para el desarrollo o inicio de un TCA. Es clara la evidencia, que al tener menarquia en temprana edad se pueden desarrollar inevitablemente aspectos como aumento de peso; sin embargo, no es un elemento que produzca un fenómeno tan subjetivo como lo es la AN. Por lo tanto,

seguiremos avanzando para identificar que otros aspectos relatan las tres mujeres y llegar al punto esencial: explorar qué intenta manifestar la persona a través del TCA.

Consiguiente, en la subcategoría “*el papel de la pubertad*”, entre Ana y Camila existe la similitud en cuanto a la alta auto-exigencia que cada mujer mantiene consigo misma. Empero, la auto-exigencia está (según el relato) en niveles diferentes, siendo para Ana completamente de apariencia física, mientras que para Camila es referente a sus metas personales influenciadas por su padre militar, como el deporte y la excelencia académica.

Según el Budismo Tibetano, la auto-exigencia “produce alteraciones en nuestra conciencia mental, que conlleva a preocupación, aislamiento, sensación de responsabilidad excesiva, fijación y magnificación de los problemas; generando en consecuencia emociones de enfado, ira y frustración” (Iniesta. S, sf) (9). Asimismo, la auto-exigencia está relacionada con el perfeccionismo, término que Waller G, Hamilton K y Shaw J, definen como un “Dimensión de riesgo para desencadenar una patología alimentaria en presencia de algún grado de insatisfacción general, que, en el caso de los desórdenes alimentarios, se centra principalmente en la figura corporal” (Waller G, Hamilton K y Shaw J, 838, p.1993) (10). Lo que esclarece que, en el caso de Ana y Camila, hay un ideal de perfeccionismo que se evidencia en la alta exigencia que mantienen, por un lado, con la apariencia física y por otro, con el deporte y estudios en general. Esto, combinado con sentimientos de frustración constante y poca satisfacción.

Es pertinente agregar, que la auto-exigencia está estrechamente ligada con el perfeccionismo, concepto comprendido como “la persecución de altos estándares

personales en el rendimiento de todos los ámbitos, adhiriéndose a ellos rígidamente y definiendo la auto-valía en términos del logro de estos ideales”. (Rosa Behar A, Gloria Gramegna y Marcelo Arancibia M, 2014, p.103) (11). Además, el perfeccionismo tiene dos dimensiones: adaptativa “relacionada con la búsqueda de logros y estándares elevados de desempeño” y la dimensión des-adaptativa “vinculada con la presencia de una alta discrepancia percibida entre los estándares elevados y la posibilidad de alcanzarlos”. (María Luz Scappatura, Germán Bidacovich, María Belén Banasco Falivelli y Guillermina Rutzstein, 2017, p.132) (12) Este último aspecto (perfeccionismo a nivel des-adaptativo), se puede ejemplificar en el caso de Ana y Camila, quienes adquirieron altos estándares frente a sus metas personales y al encontrarse con una discordancia frente a su imagen corporal (Ana), metas deportivas y académicas (Bianca); comienzan a emerger condiciones como “síntomas depresivos, malestar psicológico, obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad, entre otros” (María Luz Scappatura, Germán Bidacovich, María Belén Banasco Falivelli y Guillermina Rutzstein, 2017, p.132) (12).

Con esto en mente, el aspecto des-adaptativo del perfeccionismo tiene gran influencia en la familia, sobre todo desde los padres, madres o principales cuidadores. Por lo cual, estos factores empíricos-positivistas siguen ligando al foco central que es el valor del sistema familiar, a la hora de ahondar un fenómeno social como lo es la AN. Básicamente, se ha estandarizado con dimensiones los TCA y si se analiza el trasfondo, todos halan hacia las pautas relacionales en el contexto familiar.

Cabe destacar, que la auto-exigencia no necesariamente es factor de riesgo para la AN o desencadenante para perfeccionar una figura corporal; realmente es un aspecto

que va ligado a la crianza, la personalidad e identidad, que la persona refleja en cualquier contexto de su vida diaria.

Prosiguiendo, veamos de cerca la *Matriz N.2*, la cual, presenta el análisis realizado a los relatos de Ana, Bianca y Camila; a nivel de *Dimensiones socio-culturales*. Bien se puede evidenciar las sub-categorías de: Presiones socio-culturales sobre el peso, Influencia de los medios de comunicación, Las relaciones interpersonales y aspectos transculturales, la familia.

Con esto, es pertinente comenzar por la presión socio-culturales sobre el peso, lo cual, es un concepto bien caracterizado en referente a la Anorexia Nerviosa, siendo trabajado desde 1996 por Josep Toro en su obra “El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad”. Texto en el cual, analiza y discute la zanja que se ha construido entre la naturaleza y la cultura, las cuales, las trabaja como opuestas e incluso excluyentes. Así, argumenta que:

Los trastornos de la alimentación, especialmente anorexia y bulimia, son cuadros complejos y multi-causados, con la trascendencia de poner a los fenómenos culturales en su justo lugar, como importantísimos, que no exclusivos, agentes predisponentes, precipitantes y mantenedores de esas (...) enfermedades (Toro, 1996: 7). (13)

Dentro de tales fenómenos predisponentes a los TCA, se ha expuesto a través de la literatura a la cultura occidental, con una circunscripción casi exclusiva, gracias a la mediatización del cuerpo.

En línea con esto, según se observa en la *Matriz N.2* en la sección de *Presiones socio-culturales sobre el peso*, existen similitudes entre Ana y Camila. Siendo esta última mujer, quien expone la influencia de su mamá con frases como “estas gordas”, combinado con la auto-exigencia de lograr un cuerpo, referente a los estereotipos de busto y glúteos grandes, cintura pequeña y cabello mono; que veía en su contexto universitario.

Como bien se mencionó, este tipo de ideologías y estereotipos frente al cuerpo humano, se han ido construyendo y arraigado frente a las prácticas sociales, especialmente del mundo occidental, además de ser completamente diversas; ya que, la corporeidad esté ligado a diferentes estilos de vida. No obstante, siempre hay un eje en común, lo cual, según M Esteban (2004) se ha visto reflejado a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, con el culto al cuerpo en la sociedad occidental. Con esto, la autora quiere resaltar que existe el *consumo y el esteticismo*, como dos fenómenos fusionados para dar el valor al cuerpo, siendo un objeto que se produce, mantiene y cuida con mucho esmero, frente a ideales puntualizados en sociedad. ¿De dónde aparecen tales ideales del cuerpo? Pues bien, Foucault (1992) expone que los sujetos atienden una regulación social a través del control en su propio cuerpo, con el objetivo de tener población productiva. Así, accediendo al consumo de manera directa, ya que para disciplinar el cuerpo se requiere de alimento, ejercicio, estética y sexualidad.

Cabe resaltar, que, en el caso de lo femenino, existe la “domesticidad virtuosa” expuesto por Wolf (1991), que corresponde al valor básico hacia la mujer, lo que dio como consecuencia una lucha permanente por una belleza que sea virtuosa socialmente:

Estar siempre bella es la condición primera del éxito, algo que se convierte en mito, en cárcel de oro, una quimera que ejerce labores de control social. En palabras de Naomi Wolf (1991: 13): Pasada una generación, ¿se sienten libres las mujeres? Las mujeres ricas, educadas y liberadas del Primer Mundo, las que gozan de libertades que nunca antes estuvieron al alcance de una mujer, no se sienten tan liberadas como desearían. Wolf (1991: 55) aclara que antes de que las mujeres se incorporasen masivamente al mercado laboral sólo unas pocas ejercían profesiones en las que se las remuneraba explícitamente por su belleza (por cierto, profesiones poco respetadas, en general): modelos, actrices, bailarinas y acompañantes. (Plaza, Juan F, 2010, 75-76)

Trasponiendo lo citado a la actualidad y realidad de Ana y Camila, recae en el hecho que “ser bella” es un requisito (y mito) de entrada a contextos sociales como - por ejemplo- profesiones, incluso alejados de exhibicionismo. Es claro, que, para ingresar a un grupo social de amigos, para una entrevista de trabajo y demás; hay un estereotipo para lo femenino, que inconscientemente se convierte en una cláusula de entrada, así lo manifiesta el filósofo José Antonio Marina (2000):

los mensajes que se les dan a las mujeres son contradictorios, porque se las llama a la liberación mediante la sumisión: La belleza se convierte en modo de afirmación de la voluntad femenina. Y también, por supuesto, en fuente de frustración permanente, porque no hay nada más sometido al fracaso que las dietas de adelgazamiento (Marina, en Ventura, 2000: 16). (16)

Sin embargo, el tema aquí es ¿por qué se sigue considerando, que el cuerpo delgado es el ticket de entrada al mundo social? Bien, efectivamente aún en pleno 2020 es muy pertinente la consideración de Ventura, quien da posible respuesta al cuestionamiento:

la identidad de una mujer está vinculada intrínsecamente a la percepción del cuerpo: la suavidad o aspereza de la piel, el pecho, la sexualidad, la maternidad, la crianza, las arrugas, el envejecimiento, son aspectos que las mujeres interiorizan como si fueran sus únicas señas de identidad. (...) En una sociedad que ha exacerbado la importancia de la imagen, la persecución de la belleza sigue gravitando sobre la biografía de las mujeres (Ventura, 2000: 20) (16)

Esto, significa que aún con movimientos feministas que luchan contra los estigmas y la construcción de identidades libres, la mujer -sobre todo occidental- continua inmersa

en un mundo de estereotipos frente al cuerpo, que muchas veces radica en un TCA. Sin embargo, en el caso de Camila no hay una necesidad de extrema delgadez; más bien, esta mujer manifiesta que en su hogar persistía el alimento sano y el constante ejercicio físico, por lo cual, el ser delgada no era un gran problema... una vez más, vemos el sistema familiar incursionando pasivamente, en las dimensiones que se exponen como causantes o mantenedoras del TCA.

La cuestión ahora es ¿cómo y por qué se mantiene ese estigma social del cuerpo femenino? Lo cual, remite este estudio a la *matriz N.3*

Se trae a contexto los medios de comunicación para esta discusión, ya que

son masas difunden los patrones estéticos imperantes en Occidente, en los que la delgadez es, sin lugar a dudas, uno de los valores fundamentales. Los contenidos referidos a la moda y al cuidado corporal ocupan un espacio preeminente en las revistas femeninas. En el caso de las publicaciones dirigidas a chicas adolescentes, además, los famosos y las famosas (que también responden a un determinado prototipo estético) se configuran para las más jóvenes como arquetipos de belleza y de comportamiento deseados y deseables (Plaza, Juan F. 2010. p.68) (15)

Lo dicho, se logra identificar en la *Matriz N.3* con el testimonio de Ana, quien expresa que tenía permanente contacto con blogs en internet, donde otras mujeres con AN, aconsejan públicamente las medidas para lograr adelgazar. Asimismo, Camila

descubrió que la red y medios de comunicación como blogs, no son censurados porque en lugar de utilizar la palabra “Anorexia”, manejan la abreviatura “Ana” y así, muchas mujeres alientan y comparten experiencias para desarrollar el TCA, sin ningún tipo de restricción. Es en este punto, donde el gran cuestionamiento es ¿Cuál es la responsabilidad de los medios de comunicación? A lo cual el Comunicador Social Juan Plaza (2010) responde:

Consciente o inconscientemente, son un Dimensión en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación y los desórdenes relacionados con la imagen. Distintos estudios vinculan directamente la exposición a los medios y la experimentación de sintomatología alimentaria, mediada por la interiorización de las presiones culturales. Desde nuestro punto de vista, es imprescindible evaluar la transmisión social de los valores corporales desde una perspectiva de género. (Plaza, Juan F. 2010. p.68) (15)

Asimismo, Grabe, Ward y Hyde (2008) en su estudio: Role of media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. Explican, que, a través de cien estudios experimentales sobre la correlación entre la exposición de medio, la insatisfacción corporal de las mujeres, la internalización de la delgadez ideal y los desórdenes alimenticios; se logró identificar que a pesar de ser evidente el nexo entre estos aspectos, no existe claridad en cuál es la “fuerza de vinculación”. Empero, concluyen que:

queda clara así la idea de que existen relaciones científicamente probadas entre las representaciones de un cuerpo delgado y las alteraciones y vulnerabilidades de las mujeres vinculadas con su figura. En este meta-análisis se confirma la hipótesis de que las mujeres expuestas a la delgadez mítica de los medios puntúan más alto en las valoraciones de actitudes unidas a anorexia, bulimia y otros desórdenes. En cuanto a la insatisfacción con el propio cuerpo, parece que la exposición a los medios de comunicación está asociada con niveles decrecientes de agrado con su aspecto en las mujeres.

Lo cual, se refleja en el testimonio de Ana y Camila, quienes han incursionado en las redes sociales, logrando asociar su cuerpo e “impulsar” (según su narrativa) un TCA gracias a la conexión con los medios de comunicación. La pregunta a esto es ¿Cómo se llega a ese enlace medio de comunicación y sujeto? Pues bien, a través del lenguaje se ha logrado desarrollar modelos y estereotipos sociales tan fuertes, al punto de generalizar un cuerpo ideal en sociedad; por ejemplo:

hay cientos de ejemplos en las revistas femeninas que vinculan apariencia e identidad, y, por supuesto, delgadez con identidad. Por ejemplo, algunos de los artículos que aparecen en estas publicaciones relacionan un cambio de look, un cambio de apariencia, con nuevas oportunidades en la vida o con una mayor autoestima. Un

lector neófito de las cabeceras dirigidas a mujeres podría pensar que cuando las mujeres quieren cambiar de vida... adelgazan. (Plaza, Juan F. 2010. p.76) (15)

Así, estos discursos públicos ligan el concepto de auto-estima con la apariencia física, además, se sexualiza un cuerpo delgado, con senos y glúteos grandes (en el caso de las mujeres) como objeto de deseo. Lo mencionado, fue resaltado en un estudio de las universidades de La Trobe (Australia) y la de Berna, en Suiza; concluyendo que

las chicas presentan una tendencia significativamente más alta que los chicos a tener “*conciencia de cuerpo objetivado*” (objectified body consciousness). Este concepto, con una larga trayectoria en la investigación científica, revela cómo la construcción social del cuerpo femenino hace que las mujeres aprendan a ver sus propios cuerpos desde la perspectiva de un observador externo. Como dice John Berger, a lo largo de la historia el cuerpo de las mujeres se ha concebido a través del reconocimiento de las palabras de otros: Los hombres miran a las mujeres. Las mujeres se contemplan a sí mismas siendo miradas. Este hecho determina no sólo la relación entre hombres y mujeres, sino también la relación de la mujer con ella misma (en Ventura, 2000, p.25) (16)

Las últimas líneas que promulga Ventura, alude a que las relaciones interpersonales, incluso marcadas por género hombre-mujer, son un Dimensión de alta importancia en la identidad del cuerpo estético, teniendo como elemento considerable la “necesidad de aceptación”. En efecto, las dimensiones empírico-positivistas, aunque parezcan tener caminos diferentes, realmente conducen al mismo punto y es la importancia de explorar y analizar las relaciones del sujeto y las pautas de estas, identificadas a nivel contextual. No por el hecho de generar culpables sobre el desarrollo de la AN en Ana, Bianca y Camila; porque realmente si vemos a fondo sus relatos, se puede reconocer que los estereotipos corporales y los medios de comunicación no son un factor de riesgo, porque a nivel de cada historia: Ana y Camila, lo colocan en una línea de tiempo donde ya estaban diagnosticadas con AN, aun así, lo asimilan como factores que las llevaron a su “enfermedad”.

Dicho esto, en la *Matriz N.4* que ejemplifica la influencia de las relaciones interpersonales de Ana, Bianca y Camila antes, durante y posiblemente después del TCA. Se logra identificar, similitud entre Ana y Bianca respecto a la experiencia en relación de pareja. Por parte de Ana, tuvo un novio quien durante la relación tuvo la potestad de eliminar ciertos síntomas y actitudes de ella frente a la AN; el problema radicó, en que Ana decidió dejar su proceso de sanación sobre el TCA en el momento de la separación, incluso, al punto de intentar suicidarse.

Este tipo de situaciones son muy comunes, no solo en personas con TCA sino en la sociedad en general. Esto radica en el concepto de “Dependencia Emocional”, que se

genera en muchas relaciones de pareja. La psicóloga española Silvia Congost es experta en relaciones de pareja y su tesis principal es

la dependencia emocional es una situación en la que se encuentran muchas personas. Sienten una “adicción” muy fuerte hacia su pareja, sienten que la necesitan, que sin él/ella no son nada y que nunca van a encontrar a nadie con sus cualidades. Aun así, la realidad es que su pareja no les gusta y no la aceptan, y empiezan, entonces, una “lucha” por sobrevivir, para hacer que la relación funcione. Se obligan a aceptarlo/a cueste lo que cueste. Y, a menudo, les cuesta su libertad, vivir su propia vida, su dignidad y su felicidad. Renuncian a todo por no soltar a una persona que ni siquiera les aporta los aspectos básicos que necesitan. (Congost. S, 2019, Blog)

No obstante, la situación crítica reside cuando hay una ruptura y la persona con dependencia entra en un camino sin sentido, ya que, durante la relación persistía el moldearse al otro y no permitirse ser emocionalmente independiente. Así, que este ingrediente sumado al desarrollo de un TCA como la AN, puede –posiblemente- ser una etapa con dificultades para el sujeto tal como le sucedió a Ana; presentando episodios de ansiedad, pensamientos y comportamientos suicidas. Como también, se pueden dar diferentes fenómenos, según el caso.

Cabe destacar, que la dependencia emocional tiene un elemento principal que es la baja auto-estima, ya que, la persona -como Ana- cree amar a su pareja entregándose afectivamente, pero dejando de lado el amor propio, por lo cual, comienza a desaparecer su identidad por intentar integrarse a ese otro.

Por el lado de Bianca, ella no presenta en su relato un testimonio de dependencia emocional con su pareja, sino la experiencia de un embarazo no planeado y un aborto concretado, a lo cual se adiciona la separación con su novio; desarrollando episodios de depresión. Aquí hay unas fases claras de duelo, ya que, atravesó dos pérdidas: la de su bebé y la de su novio

Primero, la etapa de la negación, en la que piensas que la otra persona volverá y acabará recapacitando; después llegará la rabia y la ira, en la que te preguntas cómo es posible que nos haya dejado; luego, la tristeza, en la que necesitas recogerte, atenderte y estar contigo mismo, y por último, llega la aceptación, que es cuando asumes que no puedes hacer nada, que la vida sigue y ya no te duele: dejas de mirar atrás y comienzas a mirar hacia delante. (Congost. S, 2019, Blog)

Sin embargo, durante este proceso Bianca en un momento de tristeza *adoptó* tomar un camino de auto-castigo a nivel físico, exigiéndose extremadamente con mucho ejercicio y poca comida; llegando a tener momentos de desmayos y baja actividad

académica en su universidad. Esta conducta, progresiva y prolongada sobre su falta de alimentación y excesiva actividad física; llevó al diagnóstico médico de AN. Empero, el desarrollo como tal del TCA está vinculado con la pauta relacional con su ex pareja y las dinámicas frente al aborto; asimismo, con su familia como veremos más adelante.

En paralelo, Bianca se alejó de su círculo social universitario, quedando a nivel relacional proximal completamente sola, ya que, según su relato no convivía con su familia en la misma ciudad. Asimismo, Camila manifiesta que a nivel de relaciones interpersonales de amigos y amigas, la mayoría de su infancia y adolescencia fue sola; hasta que realizó un viaje por Sur América donde logró abrirse más socialmente. En cuanto a Ana, hay un tema importante en el relato sobre las amigas en su trayectoria de vida que han sido –según su relato- “impulsadores” del TCA, a través de comentarios y críticas respecto a su físico. Esto, se resume en que:

La influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y las medidas y la figura del cuerpo (Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M. 2012, p. 395) (3)

Cabe destacar, que este aspecto no es un determinante dentro de la AN sino una lectura frente a lo que se busca manifestar, a través del fenómeno, en este caso el TCA.

Asimismo, es imprescindible dar por sentado que hablar de todas estas dimensiones no es para dar la explicación documental que se encuentra sobre la AN: al conjugarse múltiples aspectos, puede ser detonante o mantenedor del TCA.

Al contrario, desde el pensamiento sistémico lo que buscamos es dar a comprender al lector, que no siempre hay causas y efectos para explicar aspectos sobre todo en la salud mental. Es una labor de complejizar el fenómeno y darle apertura a múltiples comprensiones y explicaciones.

Veamos ahora el concepto de la auto-estima y el auto-concepto:

En un estudio de Gismero (2000) se encontró que la asociación de los trastornos de la conducta alimentaria con el auto concepto físico resulta muy significativa. La población femenina, en general presento mayor riesgo que la masculina de padecer trastornos alimenticios. Básicamente el auto concepto regula o guía la conducta y sirve como filtro de todo tipo de experiencia autorreferente, que repercutirá en el aspecto afectivo y motivacional del individuo (Citado por Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., Jiménez, V. 2007. p.05) (17)

En consecuencia, desarrollando un bajo potencial de auto-estima, ya que, como en el caso de Ana e incluso Camila, los comentarios sociales sobre su apariencia, marcó

significativamente la mantenencia de la AN. Esto, se evidencia en la *Matriz N.7* sobre *baja auto-estima y el afecto negativo*, en la cual se expone recurrencias entre los relatos de Ana, Bianca y Camila, en referencia al amor propio sobre su cuerpo y belleza.

Los estudios muestran que la tendencia a comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asociaron significativamente con baja autoestima (Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M. 2012, p. 398) (3). Así en los testimonios de las tres mujeres con AN, en la trayectoria con el TCA se evidencia una fuerte dependencia a la aceptación social y un discurso común de “sufro mucho, odio mi cuerpo” (Ana) “La verdad nunca me he sentido bonita y soy consciente que como me vea yo me va ver el mundo, y pues todos me ven horrible” (Bianca). No obstante, hay una cara diferente y es cuando la baja auto-estima es gracias a ciertas frustraciones referente a metas profesionales, proyecto de vida y demás diferentes a la apariencia física; tal como es el caso de Camila “yo soy consciente que puede ser una médica o una ingeniera civil, pero bueno por algo estoy acá”, lo cual repercute en gran medida sobre el auto-concepto. Así, los autores Overstreet, N. M., & Quinn, D. M. consideraron que

la influencia que la autoestima tenía sobre la preocupación por la imagen corporal dependía del dominio sobre el que la persona la construyese. Si la autoestima se basaba en la apariencia, hacía que la persona comparase las diferencias entre el yo y un objetivo idealizado, aumentando la vigilancia del cuerpo y las evaluaciones negativas (citado por Fernández Lora R, Valdés-Díaz M. 2019. p.890) (18)

De nuevo, acercándonos a la *Matriz N.7* se identifica en las narrativas, que el tema del auto-concepto y auto-estima es un “daño colateral” del TCA, mas no un causante o mantenedor, como lo exponen las mujeres. Es clave, comprender la diferencia de estos elementos, ya que, se puede recaer en el error de otorgarle la culpa a la baja auto-estima, lo cual, es muy frecuente al hablar temas de salud mental.

Es claro y la evidencia documental lo indica, que cuando el sujeto presenta TCA y en este caso AN, estos procesos psicológicos se pueden ver afectados notoriamente, sin embargo, no implica que haya conducido como factor de riesgo o mantención al diagnóstico. Esto, lo ahondaremos en el capítulo II.

Así, prosiguiendo con el proceso auto-estima, se evidencia dentro de los tres relatos que Ana es quien expresa mayor énfasis en esta Dimensión y las **experiencias o pautas**, que la llevaron a internalizar su cuerpo negativamente. Según Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M

La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. Los estudios demuestran que la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y se asocia el inicio de la pubertad en las niñas, probablemente como resultado de la dinámica de la ganancia de peso característica de esta fase para las mujeres, caracterizada por una mayor proporción de la

ganancia de grasa que músculo. (Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M 2012. p. 397) (3)

En efecto, Ana relata cómo su complicación hormonal tenía efecto rebote en su peso, por lo cual, se veía “gorda” al punto de evitar fotografías, mostrar sus piernas, brazos y demás. Asimismo, expresa “siempre lo he ocultado porque siempre me hago una idea de lo que piensen de mí y si me siento, la persona va poder ver mis gordos y piernas asquerosas” acogiendo una intensa insatisfacción corporal y contribuyendo a la aparición de contradicción sobre su peso (incluso siendo normal para su IMC). Para solucionar esto, la vía más sencilla –según Ana- es acudir a dietas estrictas y en algunos casos a ejercicio excesivo, sin embargo, como se ha mencionado no es algo generalizable. Veamos entonces, la *Matriz N.6: Comportamiento inadecuado para bajar de peso* donde los testimonios de Ana, Bianca y Camila, develan recurrencias en la dieta restrictiva como mecanismo para bajar de peso, no obstante “parece que la dieta restrictiva es una de las estrategias más utilizadas y en la actualidad forma parte de la cultura, que es una estrategia efectiva para lograr el cuerpo delgado esperado” (Madruga SW, Azevedo MRd, Araújo CL, Menezes AMB, Hal- lal PC. 2010. p.1915) (19) Esto, se evidencia en el caso de Camila, quien afirma en su infancia tenía una alimentación estricta por lo cual, su contextura siempre ha sido delgada; empero, en su viaje por Suramérica paso muchas necesidades de dinero y comida, llegando a pesar 47 kilos afectando su salud física, teniendo constantes desmayos. El problema (para Camila) radica en su llegada a Colombia, donde recupero peso gracias a los cuidados alimenticios de su mamá, lo cual, no fue de su agrado remitiéndose a conductas purgativas y ayunos de incluso nueve días.

Asimismo, Bianca recurría a eliminar su alimento por tiempos muy prolongados y con ingesta de alimentos muy restringido.

Stice y cols (20), demostraron que el ayuno es un Dimensión de riesgo más robusto para predecir bulimia que la restricción dietética, y que el tiempo de ayuno tuvo un efecto en todo el período de estudio mientras que la dieta en tan sólo un corto intervalo de tiempo.

Se sugiere que la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria se asocia a las tentativas de uso de estrategias frustrantes (como la dieta y/o las purgas) para contrarrestar los atracones y el aumento de peso, generando expectativas no alcanzadas y sentimientos de ineficacia para producir un cambio de peso (citado por Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M. 2012. p. 398) (3)

Es imprescindible resaltar que para nuestras tres mujeres relatantes y expuesto en la *Matriz N.6*, existen un gran Dimensión común y es el consumo de estupefacientes y cigarrillo, acompañando el ayuno y dieta restrictiva. De acuerdo a Armengou y Ginger (2012) (21)

El síntoma tiene la función de reducir la ansiedad de forma preconsciente, “la persona a la que le cuesta afrontar una ansiedad con un dolor profundo, deriva a una ansiedad con un dolor más soportable. Es decir, es más fácil soportar

el 'dolor' de la bulimia frente al dolor de un fracaso existencial" (p. 42).

Esta cita, devela un punto muy importante y se resalta de nuevo: "es más fácil soportar el 'dolor' de la bulimia frente al dolor de un fracaso existencial". Este es el punto clave en una lectura sistémica, la persona disfraza un malestar a través de un síntoma. Tal síntoma, se puede expresar de múltiples formas y en este caso, es con un TCA. En otras historias puede ser con alcoholismo, adicción al sexo, consumo de estupefacientes, adicción al ejercicio, consumo excesivo de dulces, etc. Por esto, la labor investigativa es llegar a ese punto donde se identifiquen las pautas que están desarrollando el síntoma, ¿cómo se logra? Yendo al sistema clave: el familiar.

Así el sujeto con AN (tal como le sucedió a Ana, Bianca y Camila) usa estrategias de actividad y pasividad para compensar el hambre del ayuno o dieta restrictiva, asimismo

la evitación de la experiencia como la reducción de la variedad e ingesta de alimentos, **actuar sobre el propio malestar corporal, enfrentar situaciones que hacen surgir estados problemáticos, reducir la disforia, la ansiedad, la culpa y el estrés y/o responder ante la frustración existencial** (Martínez, 2005, 2011). (22)

Para completar esta línea, de "frustración existencial" cabe denotar nuestra última matriz en la sección de Dimensiones psicológicas, que corresponde a las experiencias emocionales, la cuales, han actuado como elemento clave.

Así como manifiesta Martínez (2015) (22), el evitar la ingesta de alimentos en la mayoría de los casos está acompañado de estados problemáticos que presenta el sujeto y así, se puede corroborar en la *Matriz N.8*. Identificando primeramente a Ana, quien expresa que uno de los Dimensiones que la conllevó a acciones como: eliminar la ingesta de alimentos y prologar el consumo de alcohol y cocaína, fue la muerte de su abuela, quien tenía un rol importante en la vida de Ana. Asimismo, su familia acogió este duelo para que ella (Ana) intentara cambiar su estilo de vida al rededor del TCA e intentos de suicidio; lo cual, no fue de gran ayuda para Ana.

Alpers y Tuschen-Caffier, 2001; Moreno, 2003; Waters et al., 2001. Realizaron múltiples investigaciones donde se corrobora, que los casos de TCA y en el caso de AN, hay una Dimensión común sobre el atracón que “se utilizaría como medio de distracción o alivio de los estados de ánimo negativos”. (Rodríguez et al., 2007) (23). Lo cual, puede ser una posible explicación para que Ana busque refugio en el Trastorno de Alimentación, intentando escapar de un duelo como fue la muerte de su abuela. Esto, guía la corriente hacia el caso de Bianca quien tuvo una experiencia emocional negativa; tal como se evidencia en la *Matriz N.8*. esta mujer tuvo un aborto inducido, con participación de su pareja en ese entonces.

En este caso, hay un tema macro que es el aborto, el cual, deriva una serie de fenómenos como: el vínculo, la pérdida y la toma de decisión. Así, como *Los mecanismos de afronte*, definidos:

son maneras conscientes en que las personas  
reducen el estrés producido por diversas situaciones; el uso

excesivo o exclusivo de un mecanismo de afronte puede exacerbar en vez de disminuir el conflicto y los efectos negativos de una situación dada (Marta B. Rondón, 2009, p. 5) (24)

En este contexto, el aborto se convierte en un evento estresante para los sujetos involucrados, sobre todo en el caso de Bianca al ser un embarazo no deseado, donde la experiencia psicológica se colma de emociones negativas. Lo que conlleva a formar caparazón a esa experiencia emocional, con el objetivo de canalizar la pérdida y en Bianca fue a través del ejercicio excesivo, poca alimentación y consumo de cigarrillo; desarrollando AN. Esto tiene que ver acerca

la constitución genética de una mujer sometida al aborto, que influye en su riesgo de presentar una reacción psicológica adversa, tanto como influyen sus experiencias previas, su entorno conyugal, familiar y social y la manera como ella ha aprendido a afrontar las dificultades. (Marta B. Rondón, 2009, P. 11) (24)

Red de apoyo que Bianca no presentaba, ya que, vivía sola, su pareja terminó la relación y ella paulatinamente se alejó de su círculo social. Generando un “estrés pro traumático” (pos aborto) que debió atravesar sin un sistema de soporte. A. Pascual, P. Apodaca, I. Etxebarria, M. Cruz, 2012, investigaron al respecto, concluyendo que

El propio trastorno alimentario como un intento de adaptativo de regular o escaparse de estados afectivos que

son negativos para la propia persona. Siendo la restricción alimentaria, la que cumple función de reducir las emociones negativas de una experiencia, a través de un mecanismo de aprendizaje por refuerzo negativo, de forma que la restricción proporcionaría una respuesta de escape de dichas emociones negativas. (A. Pascual, P. Apodaca, I. Etxebarria, M. Cruz, 2012, p.743) (25)

Así, las emociones cumplen un papel importante en los TCA, arraigado a la posible experiencia que expresa el mismo, tal como es el caso de Bianca y como se identificó, en Ana se considera que el duelo (por muerte de su abuela) participó más en la mantención que en el origen de la AN.

Bien se ha comprendido hasta este punto, que la Anorexia Nerviosa y en conjunto los Trastornos de Conducta Alimentaria, no son fenómenos aislados tampoco se desencadenan y mantienen gracias a múltiples situaciones, emociones y experiencias; las cuales, como se ha identificado con las tres mujeres, generalmente son de carácter negativo para el sujeto. Por lo cual, al ser una investigación que evita la generalización de los casos, es pertinente revisar a Camila en la continua *Matriz N.8* quien a través de su narrativa tiene la Dimensión en común de la experiencia negativa, la cual, como Ana fue relacionado con la muerte de un familiar en primer grado.

Se parte del hecho que estamos incursionando en el sistema familiar, donde Camila ha sido una mujer criada por un padre militar, quien -según su relato- inculcó orden

y disciplina en casa. Empero, este hábito familiar comenzó a decaer en el momento que el padre de Camila es diagnosticado con cáncer y dos años después fallece. Como lo afirma esta mujer, ella se sentía “en la mitad” ya que su madre demostró fortaleza frente los hechos y al contrario, sus hermanas entraron en profunda tristeza. Así, Camila emprendió un rumbo donde sus aspiraciones profesionales cambiaron y se tornaron “sin sentido”, simplemente por el hecho de cumplir con un oficio y trabajo, que le permitiera seguir acudiendo a la pensión que dejó su padre.

Con esto, es pertinente tocar el tema de la pérdida, donde se envuelven una serie de circunstancias que va más allá de la muerte física. También se involucra la pérdida de la figura de autoridad, lo cual, se asemeja al caso de Camila ya que, al fallecer su padre murió la disciplina en casa que la había llevado a ser una excelente estudiante y deportista, en la vida de secundaria.

Se concibe pues, que el caso de Camila tiene posible desarrollo desde el psicoanálisis, ya que, desde este enfoque epistemológico existe el concepto de “malestar en la cultura” el cual exhibe una serie de fenómenos en el ser humano, que se develan a través de las pérdidas, sentimientos de abandono y demás.

En este contexto, Camila con semejanza a Bianca y Ana, han desarrollado un síntoma a través de la AN que denuncia la estructura psíquica que tiene cada una, a raíz de una experiencia emocional. Lo cual, para Camila comenzó a ser evidente con la muerte de la autoridad en su casa que era el padre, quien figuraba como operador de equilibrio ya que, como lo relata Camila constituía la dimensión de lo *prohibido* y lo *autorizado* en el sistema familiar.

Así, al fallecer el padre de Camila simbólicamente desapareció ese límite entre lo *prohibido y lo autorizado*, desarrollando conductas en ella como: uso y abuso de estupefacientes, desligamiento a las altas actividades académicas y el claro ejemplo, fue el viaje que emprendió por Suramérica con aspectos de: desnutrición, múltiples parejas sexuales y alto consumo de alcohol y drogas. Es decir, desde una perspectiva Freudiana (26), Camila -al morir su padre- comenzó a satisfacer su *principio de placer*, atendiendo de forma directa y completa sus deseos; evitando a toda costa el displacer -que presenció con la enfermedad y muerte de su padre-, que generalmente se traduce en malestar y síntomas, como en este caso la AN. No obstante, al volver a casa ella manifiesta que su “enfermedad” se hizo más notoria, porque evitaba el auto-cuidado y siempre buscó en volver a los hábitos que mantuvo en el viaje, ya que, con el placer que experimentó logro disfrazar el duelo que atravesó por la muerte de su padre: “es importante tomar en cuenta al síntoma en su singularidad que se tiene la oportunidad de poder operar sobre el sujeto, y, por lo tanto, sobre el malestar en la cultura. Porque **el síntoma es ya una respuesta al malestar y a la angustia**” (Naveau,) (26)

-.-

A lo largo de la exposición en esta parte de encuentro sistémico con las apreciaciones empírico-positivistas, se puede identificar la intención de ahondar sobre la Anorexia Nerviosa como un Trastorno de Conducta Alimentaria difícil de generalizar, ya que, existen diferentes perspectivas, desarrollo y manifestaciones en los sujetos. Asimismo, reflejar a través de las narrativas atravesadas cualitativamente que la AN no es una estructura psicopatológica en sí misma, sino se comporta como un síntoma que delata estructuras subyacentes en el sujeto, las cuales, se desatan por fenómenos ligados a la

experiencia humana como: burla social y consumismo (Ana) aborto (Bianca), muerte de un familiar (Camila), entre otros.

Examinemos ahora a través de la *matriz N.9*, la cual, se dividió para este estudio en: Autolesión no suicida (ALNS), distorsiones cognitivas respecto a la apariencia y proyecto de vida.

Como se logra identificar en Ana, Bianca y Camila existen varias recurrencias en esta categoría, iniciando por Autolesión no suicida (ALNS) definida por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Autolesión, en el año 2007, como

la destrucción deliberada, auto infligida de cualquier tejido corporal sin intención suicida y para fines no sancionadas por la sociedad. No existe intención de acabar con la vida propia mediante la lesión física y la periodicidad es mucho mayor, pudiendo ser incluso diaria; no obstante, es un predictor importante del comportamiento suicida.

(Citado por Gallego Jiménez. M, et.al, 2017, p.02) (27)

Sin embargo, dentro de los tres relatos quien a través del TCA ha recurrido en ALNS, es Ana con el cutting (Impulso cortante) principalmente en brazos y tobillos. Por lo cual el objetivo es entender ¿Por qué lo hace?...

En este contexto, el modelo de la ALNS tiene similitudes con los TCA, ya que, el sujeto está transcribiendo un malestar, porque ha perdido grados de libertad del mundo,

del otro y sobre sí mismo; activando patrones auto-destructivos, como lo es arremeter hacia su propio cuerpo con cortes o desnutrición. Es un tema de completa vulneración de su autonomía como sujeto psicosocial, lo cual, es el caso de Ana quien recurría al cutting y atracones, para salir de la presión -según su relato- que ejercía la madre sobre ella. No obstante, como ya se evidenció en las experiencias emocionales, gran parte de su ALNS y TCA se comportó como manifestación ante la pérdida de su abuela, quien era una figura de protección y seguridad para Ana. Intentando aliviar (Ana) el sentimiento o estado cognitivo negativo, que le causó el duelo.

-.-

Dando continuidad a la *Matriz N.10*, se ilustra la distorsión cognitiva respecto a la apariencia, la cual, se resalta en Ana y Camila.

Este aspecto de categoría psicológica, tiene una trascendencia interesante, ya que, entre más pasa el tiempo, el sujeto pierde cognitivamente la imagen de su corporeidad; atravesando un malestar que le va impedir salir del TCA por sí solo. Así, según R. Behar, m. Arancibia, C. Heitzer y N. Meza en 2016; la distorsión cognitiva respecto a la apariencia es

preocupación por defectos físicos imaginarios, leves o aún invisibles a los demás y en algunos casos próximo a una condición delirante, que se gestaría de la idea sobrevalorada, con alta ponderación de creencias individuales, sugeridas a partir de fuertes sentimientos en entorno a defectos auto-percibidos que eclipsan la

introspección cognitivo-racional. (R. Behar, et, al, 2016, p.626) (28)

La anterior, una buena definición para la narrativa de Ana y Camila, ya que, ninguna de las dos se considera delgada a pesar de ser conscientes de su bajo peso; no obstante, siempre hay un blanco corporal específico donde se sitúa la distorsión:

la piel, abdomen, peso, torso, nalgas, muslos, piernas, caderas, pies y aumento de vello facial y corporal, mostrando comportamientos repetitivos y de comprobación mediante técnicas de camuflaje, revisión ante espejos, gramaje y posibilidad de desarrollar un TCA (R. Behar, et, al, 2016, p.627) (28)

Corroborado por Ana, quien define como “dilema” comprar ropa, porque busca tallas que le permita disfrazar la “imperfeción” que ella considera tener, pero a la vez le permitan lucir sexy ante su inconformidad.

Empero, hay una contraparte que expone Camila a estas afirmaciones y es cuando se adopta el TCA como un “estilo de vida” y no es solo la distorsión corporal lo que mantiene el TCA, sino la experiencia cognitiva sobre el caso. Es decir, la AN se ha normalizado al punto de que ser delgada es una convicción y hábito, discriminando el valor de la salud.

Esto, tiene que ver con la difusión mediática del AN y los TCA en general, como se hizo referencia en los Dimensiones socio-culturales. Siendo básicamente un debate

entre la enfermedad y el camino a la felicidad, como se encuentra hoy en día a través del internet, en páginas dedicadas a enriquecer el significado de estar delgado; esto, fue investigado por Federica Deiana afirmando que

Se produce un gran esfuerzo para trascender la importancia de la delgadez como condición en sí, focalizando el interés re interpretativo en el mismo proceso de no-comer y en los efectos que va a producir en los sujetos que lo emprenden. Esto recuerda cierta tradición interpretativa mística del auto ayuno ya que el no comer se presenta como una práctica que genera un mejoramiento más global para la persona que lo emprende, que atañe tanto al cuerpo como al estado anímico del «ayunador», creando en él un bienestar general. (Federica Deiana, 2012, p.262)

La privación de la comida, así entendida, es el eje principal en el cual se funda la idea de la anorexia como un estilo de vida y consigue caracterizarse como desencadenante de una actitud general, de una manera de vivir: “Y Ana es mucho más que una cuestión estética, que una moda, una imposición social, la superficialidad de adolescentes aburridas que quieren llamar la atención. Ana es la búsqueda de la excelencia, el odio por la mediocridad, la acción para conseguir lo que queremos, en todos los

órdenes de la vida” (Tomado de <http://anahastaloshuesos.blogspot.com> por Federica Deiana, 2012, p.262)

Así, se legitima la AN como un hábito y desestima el valor de la salud. Teniendo en cuenta que, como lo vemos con Camila, es un tema que traspasa lo estético y se cualifica como un discurso personal. Sin embargo, a pesar de la alta importancia de la AN en la vida de Bianca y Camila; ellas en sus relatos mencionan que en la época actual de su vida que es la adultez, tienen proyectos de vida que se alejan del TCA y pretenden reinventarse personal e incluso profesionalmente. Así, se expone en la *Matriz N. 11*, donde se evidencia que para Bianca el proyecto de vida gira en torno a la familia, la maternidad y una pareja sentimental; asimismo, ella menciona el gusto por recurrir a cirugías estéticas y se siente muy a gusto siendo un apoyo para Camila, quien aún sufre de fuertes episodios relacionados con la AN. Esto Bianca lo nombra como “sentirse la mamá” de Camila.

Por su parte, Camila busca montar su pastelería y vivir “tranquila” después de todas las circunstancias que ha vivido desde la muerte de su padre. Mientras que Ana, no proyecta un modelo sobre su futuro en las esferas de su vida.

En este contexto, el proyecto de vida es un aspecto de gran relevancia, para todo ser humano, porque Es un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo de manera positiva su relación hacia el mundo y hacia sí

mismo, además, aporta en el desarrollo sano y equilibrado de la personalidad y promueve la identidad, la autoestima y la confianza en sí mismo. Los proyectos de vida, integran las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación-aportación en el marco de las relaciones entre la sociedad y el individuo.

(D'Angelo, 2004, p.05) (29)

Así, la perspectiva de Bianca y Camila sobre su futuro a corto, mediano y largo plazo; a través del relato puede abarcar aspectos interesantes que proyectan su identidad y qué tipo de relaciones manejan en sus diferentes sistemas de interacción. No obstante, la gran pregunta es ¿cómo se relaciona esto con la AN y los TCA en general? Bien, se examina desde la perspectiva que los proyectos de vida, son una herramienta para que la persona planee, plasme y desarrolle su prospectiva individual, lo cual, va reflejar aspectos como: funciones auto reguladoras, estructuras motivacionales, auto valorativas y autorreflexión. Entre las cuales se involucra la auto-estima, que está estrechamente ligado con los TCA, tal como se observó en la *Matriz N. 7*. Asimismo, el proyecto de vida

Supone, efectivamente, la interrelación de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales del individuo en la perspectiva de la configuración del campo de las situaciones vitales bajo el prisma crítico-reflexivo-creativo de su acción en las diferentes esferas de la vida social. (D'Angelo, 2004, p.06)

(29)

Por lo mismo, fue de gran importancia incluir en las narrativas de las tres mujeres, su proyección personal y social constructiva, porque eso constituye un ser armónico consigo mismo y luego con la sociedad. Empero, como se identifica en la *Matriz N.11* Bianca es el único sujeto que tiene planes a corto y mediano plazo, que involucra lo personal (como proyectos profesionales y sentimentales) y lo social (ayudando a mujeres con AN). Según Bozhovich, el desarrollo integral del proyecto de vida, es

una noción se expresa el vínculo entre las condiciones de vida del individuo, en una etapa vital dada, y sus particularidades psicológicas, lo que condiciona la dinámica del desarrollo psicológico (Bozhovich, L. I., 1976, p.93-99) (30)

Lo cual, es ciertamente palpable en la situación de Ana y Camila, ya que su realidad individual aún culpabiliza la AN por las circunstancias de su vida, sobre todo en Camila, quien lo “estilo de vida”. Configurando así, el sentido vital de su desarrollo a través de la individualidad y de tal manera forman su proyecto de vida, alejado de las otras dimensiones posibles como: la sentimental-amorosa, la socio-política, la cultural-recreativa, entre otras.

Por último, es de alta importancia hacer hincapié en la *Matriz N.13* ya que,

Una de las razones de las elevadas tasas de mortalidad en personas con AN es la baja adherencia al

tratamiento, ello afecta al curso del trastorno y, la posibilidad de presentar un peor pronóstico del trastorno a largo plazo (Beumont, Russell y Touyz, 1993. Citado por Vellisca, M. et al. 2016) (33).

Siendo el caso de Ana, muy explícito su rechazo a los múltiples tratamientos que asistió, por un aspecto principal y es el sistema de salud colombiano; en el cual, ella manifiesta haber sido internada a través de la EPS (Entidades Promotoras de Salud) por un episodio de ALNS, en un centro de demencia, donde los demás pacientes -según la narración- no tenían TCA y era población de adultos mayores.

Este tipo de circunstancias son de carácter individual y subjetivo, pero efectivamente afecta la adherencia del tratamiento del sujeto y en paralelo, posterga el proceso de recuperación, lo cual, en la AN es una “bomba de tiempo”:

López y Treasure explican que uno de los motivos del abandono al tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa podría ser la escasa efectividad del tratamiento. (López y Treasure, 201. Citado por Vellisca, M. et al. 2016) (33).

Asimismo, en el relato de Bianca se logra palpar la renuncia al tratamiento porque no se sentía a gusto con el personal médico que la atendía; reflejando, que otro aspecto que interviene es la subjetividad, relacionado con la voluntad y autodeterminación que según Ryan y Deci (2000)

son Dimensiones importantes que influyen en la motivación, la presión externa y las decisiones tomadas por otras personas, no la favorecen y en ocasiones esto desemboca en el abandono del tratamiento (Ryan y Deci 2000) (36)

Por lo cual, enviar un sujeto con TCA a un tratamiento de manera “obligada”, hará que la eficacia del mismo sea casi nula. Mientras que, la persona acude autónomamente al proceso, este, puede ser mucho más y próspero:

Cuando los pacientes son totalmente responsables en la toma de decisiones, en cuanto al inicio y permanencia en el tratamiento, es menos probable que abandonen el mismo y por consiguiente, la probabilidad de que realicen progresos terapéuticos será mayor en comparación con cuando se sienten obligados a hacerlo (Zuroff, Koestner, & Moskowitz, 2007) (35)

Lo mencionado, tiene relación sobre la autonomía del sujeto, ya que la AN es un malestar ante la vulneración de su autonomía como sujetos psicosociales, definiendo autonomía como:

la capacidad de un sistema complejo para organizar por sí mismo sus propios comportamientos, para auto determinarse, constituir, organizar y administrar sus propios recursos, y sobre todo para intercambiar signos de

reconocimiento de esta autodeterminación en los contextos vitales que habita y que contribuye a crear (1995 citado por Hernández, 2008, p.20) (34)

Por lo cual, ser forzado a tener un tratamiento o consultas médicas, la persona se siente re-victimizada así no sea el caso. Abriendo sin fin de excusas, que le permitan abrir sus propias posibilidades ante su síntoma (AN). Tales pretextos pueden ser:

las características del tratamiento, la relación con el terapeuta o el no cumplimiento de las expectativas generadas por parte de los usuarios o por otras causas, comorbilidad y/o la desesperanza, son motivos de abandono. Por otro lado, también se presentaron otros motivos; los embarazos, las enfermedades propias o de otros familiares, la vergüenza, los impedimentos físico-temporales, la distancia y la falta de tiempo, todos ellos también los refieren los pacientes como razones para abandonar los tratamientos. (Vellisca, M. et al, 2016, p.6) (33).

Nótese en la *Matriz N.13* que los relatos de Ana, Bianca y Camila sobre la des-adherencia al tratamiento, radican en lo citado anteriormente, teniendo un proceso pausado y paralizado, que no permite desatar todo lo que lleva detrás en términos de síntoma: la AN.

## **Capítulo I: El sistema familiar y la Anorexia Nerviosa**

Este capítulo, tiene como objetivo principal encarar la Anorexia Nerviosa con el sistema familiar, abordado desde una visión eco-sistémica. Para esto, se expondrá el genograma de Ana, Bianca y Camila; asimismo, se continuará con la línea de analizar las matrices donde están impresos los relatos de Ana, Bianca y Camila; examinados a partir de teorías y conceptos, de la epistemología sistémica.

### **El sistema familiar**

Examinemos en primera medida, el concepto de familia abordado desde la epistemología sistémico-complejo. Por una parte, está la complejidad, la cual, tiene como fundamento que los fenómenos encontrados en la realidad, están en constante movimiento y cambio, pero esa transformación se tiene en cuenta según el punto de observación. Esos fenómenos son identificados, comprendidos y analizados, de manera que se conecte el todo con las partes y de modo contrario, porque la complejidad no pretende desintegrar sino unir. Como dice Edgar Morín

hoy en día no existen fenómenos simples, la complejidad es necesaria para que los humanos puedan realizar distintas labores como expresarse, hoy en día el conocimiento es un espiral que parte de lo histórico, pero no tiene un final, el descubrimiento de un principio simple no es el término (Morín, E. 1998) (37)

Por su parte, lo sistémico se identifica como como paradigma y pensamiento complejo. La psicóloga Diana Rodríguez, afirma que el enfoque sistémico “replantea las formas empiristas, positivas, estructuralistas y posestructuralistas, consagradas al estudio de las causas, incluso preexistentes al sujeto mismo, o bien contingentes a la experiencia temprana del propio individuo”. (Rodríguez, D. 2015) (38). En este sentido, la noción de sistema se entiende que emerge de las interacciones entre las partes con el todo, el todo con el medio y entre las mismas partes; ya que al comprender esto nos remitimos a dar un análisis relacional de la estructura trabajada. ¿Qué tipo de análisis? se utiliza esa comprensión relacional para identificar cómo los fenómenos tienen un carácter *evolutivo y transformador en torno al contexto, tiempo y espacio*. Con esto, Rodríguez afirma que **“la noción de sistema abre el aprendizaje del problema de la respuesta (realización de la consciencia, del pensamiento, de la costumbre y de la competencia), para centrar en la interface sostenida de estructura y contexto”** (Rodríguez, D. 2015) (38)

En este contexto, la epistemología sistémica modeliza los fenómenos vivos, es decir, representa los fenómenos a través de modelos y los divide en: los sistemas naturales como por ejemplo *la familia*, en el sentido de las necesidades básicas, jerarquía de autoridad y generaciones. También están los sistemas artificiales, que dan cuenta a las normas sociales y jurídicas que rigen los sistemas naturales, porque las normas institucionalizan los valores naturales. Por último, están los sistemas humanos, los cuales son los individuos, las parejas, los grupos, las instituciones y organizaciones.

Cada uno de los sistemas mencionados tiene complejidad en sus variantes, por lo que implica identificar, comprender y analizar; las formas de organización y las dinámicas que soporten los comportamientos de cada sistema, precisamente porque en el

pensamiento sistémico no nos interesa la raíz del problema, sino la organización de las dinámicas que componen el fenómeno. Cabe destacar que un sistema no depende del elemento, sino de la posición del observador, además de lo que se quiera observar.

Desde esta perspectiva, la familia se comporta como sistema natural y artificial.

Según Ángela Hernández la familia

es una unidad eco sistémica de supervivencia y de construcción de solidaridades de destino, a través de los rituales cotidianos, los mitos y las ideas acerca de la vida, en el interjuego de los ciclos evolutivos de todos los miembros de la familia en su contexto sociocultural. (Hernández, A. p.06. 2010) (39)

Esto quiere decir, que la familia es el modelo ideal en el pensamiento sistémico porque es una institución que se encuentra regulada por el Estado, pero también es una organización por la forma en que se establece para cumplir la norma. Además, la familia se constituye por vínculos que sobrepasan la consanguinidad porque se metabolizan las necesidades básicas como: las afectivas, sexuales, económica, etc. Dando paso, a que surjan sistemas de relaciones y circulen procesos como la adaptación, atravesados por la significación que le atribuya cada miembro de la familia a los aspectos de la vida. Lo dicho, significa que la familia es una unidad eco- sistémica, porque cada individuo que la compone está en constante dinámica con varios contextos a parte de la familia extensa, estos son el trabajo, el colegio, la universidad, la comunidad, la sociedad, entre otros. Eso

es lo que nos hace existir como sujetos, como dicen Hernández A., y Estupiñán J. (2008) (40)

La familia es el primer Dimensión de semantización o de creación de sentido en las relaciones interpersonales diferenciadas; porque la vida del sentido es supraindividual, al estar constituida por productos del pensamiento colectivo, nutrido de lenguajes y de saberes múltiples. Nos colocamos en interfaz con el mundo, lo que impide que seamos entes propios de un lugar o componente particular (Hernández A., y Estupiñán J. 2008) (40)

Lo mencionado, remite a pensar y analizar la teoría del ciclo vital expuesta por la Psicóloga Ángela Hernández, lo cual es un muy buen ejemplo de pensamiento sistémico porque esta autora desarrolla una idea donde se comprendan las transformaciones que pasa la familia y en paralelo, las dinámicas relacionales de la misma.

Básicamente, Hernández A, (1998) (41) por medio de su bibliografía profesional expone que todos los individuos pasamos por una serie de ciclos –psicológicamente hablando- en nuestra vida, que corresponden a procesos de transición dentro de la familia; por lo cual, es errado como profesionales concluir que existen familias disfuncionales o perfectas, porque cada sistema familiar mantiene dinámicas completamente diferentes. Dado esto, ese ciclo que nos habla la psicóloga es: Primero el enamoramiento y formalización de la familia por medio del matrimonio, luego llega el primer hijo ya sea en procreación o adopción, consiguiente llega el momento de la escolarización de los hijos,

la etapa de adolescencia de los mismos, las pérdidas y por último a disolución o nido vacío. Es importante aclarar, que esto no son fases o etapas de una familia, todo lo contrario, son ciclos que como sujetos vivimos y uno puede atravesar el otro; por ejemplo, si el hijo ha llegado a la adolescencia eso no radica que luego vienen las pérdidas, incluso pueden ocurrir una en paralelo de la otra. He ahí la cuestión que no se está trabajando de manera lineal, sino desde la epistemología compleja del sistema familiar.

En modo simplificado, la familia atraviesa un ciclo vital como sistema porque esta cubre todos los aspectos como grupo e institución, porque el individuo no limita la familia ni en sentido contrario; lo que la convierte en el núcleo de la sociedad. En este sentido, cuando Hernández (1998) (41) habla de un ciclo vital que tiene enamoramiento de pareja y formalización de familia con un primer hijo, se refiere que hay un par de individuos que crean una identidad en un nuevo sistema juntos; esto, es un fenómeno de muchas transformaciones porque hay un nivel de exigencia en la reorganización de las pautas, dinámicas y reglas que ahora deben pactar como sistema familiar. Luego, los hijos pasan por lo que se llama escolaridad, que en nuestra sociedad generalmente inicia en la edad de dos años en etapa preescolar, lo que implica una nueva relación institucional: la educativa. Lo cual genera que se pacten de nuevo otras pautas relacionales, pero esta vez son inter-sistémicas porque la institucionalidad hace un preacuerdo con las identidades y las relaciones, lo que tiene como daño colateral la pérdida de la autonomía. Luego llega la adolescencia, que Hernández lo expone como un “proceso de autonomización” (pasar de la dependencia a la independencia), conflicto por los procesos de individuación porque hay una descarga hormonal que implica deseo, afectividad e

intimidad; además, de que el adolescente desarrolla una moratoria social porque se opone al control impuesto por los adultos, causando que se deba reinventar la dinámica familiar.

Por último están las pérdidas, las cuales, son otro tipo de reorganización en la dinámica familiar porque se desarrolla un vacío en el sistema por múltiples Dimensiones; por ejemplo, cuando se van los hijos de casa y la pareja queda sola (asumiendo que hay pareja), se crean unas pautas como la soledad y la intimidad, las cuales salen a flote porque: la soledad es un problema social ya que los adultos mayores tienen dificultad para volverse a vincular a los intereses de otras épocas y la intimidad, la cual emerge cuando se van los hijos, porque conlleva a la pareja a un acercamiento que se hace difícil.

Empero, como se expuso en principio el ciclo vital no es una teoría lineal que por A suceda B, esto significa que no siempre las pérdidas van a ser por los hijos, tampoco que los hijos se vayan de casa. El objeto de esto, es que las familias como modelo principal sistémico siempre está en constante reinvento de sus dinámicas relacionales, porque actúa como totalidad, se transforma, es sistema social, sistema natural, sistema jurídico, tiene equifinalidad, etc. Sin embargo, como en todo sistema que reinventa y reorganiza sus dinámicas, existen malestares que se deben trabajar, es ahí donde se habla de *terapia familia*, siendo la labor como psicólogos tener un rol de servicio y ayuda, identificando relaciones, evaluando situaciones, diagnosticando e interviniendo. La cuestión, es que al ser la familia un sistema tan completo y a la vez complejo, es el primer proceso relacional que se identifica, porque somos *seres ecológicos y no unidades aisladas*. Por esto, por ejemplo, si hay un caso de adicción, desde la epistemología compleja no se trabaja como si la persona fuera adicta, sino se comporta como adicta. Precisamente porque uno de los éxitos en la terapia es eliminar categorías diagnósticas para el paciente y estudiar el

sistema de relaciones de la persona para así, excavar todo lo que conlleva a la adicción que son las pautas o patrones que organizan la conducta, ya que la persona adopta un rol que está adscrito a un patrón y tiene partes culturales. Dado esto, *desde la terapia sistémica se dice que **el síntoma no viene del individuo, sino del sistema relacional, porque los síntomas tienen una función de sentido protector y homeostático que cubre al sistema**; es decir, es una expresión contextual y relacional de un malestar en el sistema.* Por ejemplo, un niño que tiene ataques de asma cada vez que pelean sus padres; el asma se comporta como una expresión de protección, ante una dinámica relacional familiar de poca cohesión, evidenciado en constantes peleas por las partes que componen el sistema familiar del niño. (Hernández A, 1998) (41)

En esta línea, hay unas fases en el proceso de terapéutico que enseña el autor Friedman, S. (Comp.) (2005) (42). Primero, toda terapia se inicia con una recepción del caso, que es un primer contacto con el consultante y con una pre-sesión el planteamiento de los objetivos con una lectura del caso, y acuerdo de quienes van a asistir a las citas. Consiguiente a esto, en la primera sesión se recomienda mapear sistemas de relaciones por medio del genograma (ver en figura N.1), el cual puede ayudar al terapeuta para graficar e identificar las pautas relacionales en mínimo tres generaciones de una familia, ya que este sistema mantiene el estatus de las cosas y a la vez es un grupo, que se comporta como sistema, pero tiene borde.

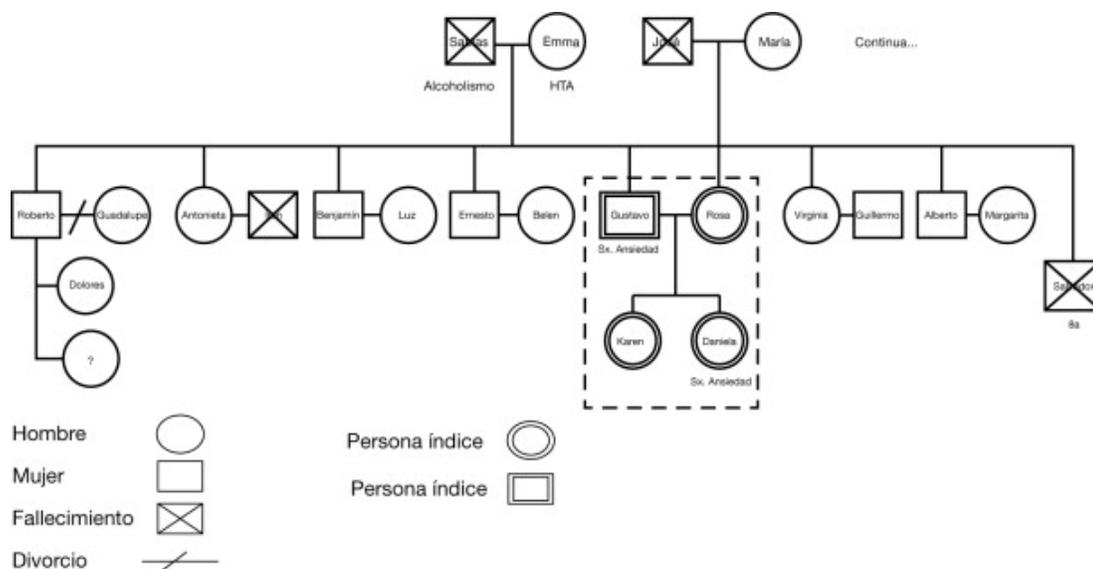


Figura N.1: Genograma ejemplo de la Familia Gómez. Tomada de Mena-Gómez, et.al, 2014, p.69 (43)

Dentro de las siguientes sesiones, el terapeuta debe redefinir el problema y formular hipótesis que conecten la dinámica interaccional, siempre protegiendo psicológicamente los consultantes, porque no se busca llenar de información al terapeuta sino por medio de diseños interventivos atravesados por el lenguaje y la palabra, con las técnicas conversacionales que son: entrevista, equipos reflexivos, diálogos apreciativos y generativos, genograma, mapas de redes, lectura de contexto, etc. Estas, se utilizan para crear mundos y nuevas visiones del problema en los consultantes, porque el lenguaje con el relato, permite *construir la realidad*.

Así, el genograma es una técnica cualitativa y gráfica donde se exponen los datos demográficos y las relaciones entre tres o más generaciones de una familia. Asimismo,

proporciona una gran cantidad de información, que permite conocer la familia, realizar hipótesis acerca la relación del problema y el contexto familiar, la evolución del

problema a lo largo del tiempo y su relación con el ciclo vital de la familia. (Compañía. Victoria, et. al, 2012, p.1) (44)

Al ser gráfico, se maneja una serie de simbología:

el varón se representa con un cuadrado, la mujer con un círculo. En las parejas el varón va a la izquierda y la mujer a la derecha. El paciente identificado, sobre el que se estructura el genograma, se lo representa con un doble trazo. El fallecimiento se lo simboliza con una cruz. La fecha de nacimiento y fallecimiento se lo coloca encima del símbolo a la izquierda y derecha respectivamente. Para los embarazos se usa un triángulo, los abortos un pequeño círculo remarcado. La unión familiar se lo representa con una línea vertical que va unida a la horizontal del matrimonio. Los hijos deben ordenarse de mayor a menor y de izquierda a derecha. El concubinato y adopción se representa con líneas discontinuas. El matrimonio se representa por dos líneas verticales que parten de la base de los símbolos varón y mujer, unidas por una línea horizontal, sobre la que se coloca las fechas de concubinato, matrimonio, separación y/o divorcio, estas dos últimas se trazan con una línea o dos líneas inclinadas. La delimitación del hogar se la hace por un trazado con líneas discontinuas alrededor de los miembros que conviven en el mismo hogar. En el interior de cada

símbolo se coloca la edad. Las enfermedades y/o problemas de salud se anotan a los lados de los símbolos. Para representar la funcionalidad se realizan trazos que conectan los símbolos. Los principales son una doble línea representa una unión estrecha, una línea quebrada para relaciones pobres o conflictivas, una línea discontinua en relaciones distantes, y una línea interrumpida por dos trazos paralelos cuando la relación entre dos personas es casi inexistente. (Suarez. M, 2010, p.53-53)

No obstante, esta investigación no tiene el objetivo de dar terapia a los sujetos involucrados, por lo cual, se realizaron el genograma de Ana, Bianca y Camila (Numeral 2.1 al 2.3); con el único objetivo de mapear sus relaciones familiares y así, identificar el sistema familiar de cada mujer.

A continuación, podremos observar la organización de los relatos en la Matriz N.14 y Matriz N.15, correspondientes al sistema familiar.

<b>Matriz No.14</b>			
<b>La familia</b>			
<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>La Familia</b>	Ana	Cuando mi abuela le contó todo esto a mis papas, que no comía desayuno, almuerzo y cena; ellos me	En cuanto a mis vínculos, mi amiga del colegio que siempre me ha juzgado nunca supo nada, hasta que

		<p>empezaron a obligar a comer, literalmente me obligaban a comer, asegurándose que yo introdujera la comida en mi boca y que pasara</p>	<p>mi hermano se encargó de divulgar el chisme porque mi mamá no me dejaba salir de la casa para tenerme controlada, en ese momento se enteró todo el mundo.</p> <p>otro día, fui a comprar ropa con mi mamá y me estaba midiendo un pantalón que era talla 14 y pues eso es muy grande, mi mamá en ese momento me dijo Ana “estás muy gorda” y yo me encerré en el vestidor a llorar en Zara</p>
	Bianca	<p>Un buen viernes a las ocho de la mañana, llegó mi mamá a mi apartamento y se sorprendió en la cochinada donde yo vivía, además de verme sin nada listo para irme a estudiar –ella sabía mis horarios-. Al ver esto, mi mamá supo que algo andaba mal y lo único que se me ocurrió fue meter a Camilo como el culpable, nunca le conté lo del aborto, le inventé una infidelidad por parte de él, para que se justificará más la depresión en la que andaba.</p> <p>Mi mamá se quedó hasta que se acabó el semestre conmigo, pero era una tortura porque quería llorar y ella dormía conmigo, e incluso empezó a obligarme a comer y a concentrarme en la universidad y yo sencillamente no podía</p>	<p>no podía contarle a mi familia lo que me había pasado, porque más miedo me da ser juzgada por un aborto que por un embarazo. Mi familia siempre ha sido de pueblo, muy conservadora</p> <p>Esa época fue realmente muy dura por todo lo que tuve que atravesar, y sobre todo es más duro que hoy en día mi mamá y mi papá nunca supieron nada, fue algo que viví completamente sola y no creas, eso ahora y quita mucha energía.</p>
	Camila	<p>Al llegar mi mamá nos embutió comida, tratamientos de piel y</p>	<p>yo soy la menor de tres hijas, la mayor es hermanastra por parte de papá, pero se crió en</p>

		<p>demás cosas porque llegamos desastrosas, pero eso me engordo y no me gustó. Hasta que un día vomité por primera vez después de haber ido a comer en el corral. Después del vómito me sentí aliviada.</p>	<p>la casa con todas. Siempre fui muy autoexigente, quería ser perfecta porque mi papá era militar y él era muy duro, siempre nos inculcaba ser las mejores en el colegio y también en el deporte, yo practiqué tenis muchos años y mis hermanas voleibol. Nosotras no nos llevamos mucho la mayor tiene treinta y siete y la del medio treinta y dos años, entonces salimos los domingos hacer deporte y todo este tema.</p> <p>Mi hermana mayor decidió irse de la casa porque resulta que estaba embarazada y al morir mi papá quería tener más herencia para ella compartir con su mamá biológica, Mientras mi hermana del medio duró mucho tiempo convenciéndome de irnos a viajar por todo Sudamérica en lo que llaman mochileras En uno de los viajes que mi mamá nos alcanzó, se dio cuenta que yo no estaba bien, pero en medio de la rebeldía y la necesidad de no volver a casa, evitó que ella me llevara de nuevo. Yo realmente no quería volver a la casa y tener que pasar por todos los recuerdos de la muerte de mi papá, aunque él era exigente era muy amoroso y yo al ser la menor, tenía muchas expectativas en mí a la par que me consentía demasiado.</p> <p>En todo ese proceso que viví fuera del país, mi hermana mayor tuvo su bebé, se casó</p>
--	--	---	---

			y formó su casa aparte por lo cual mi mamá estaba súper sola, y eso le afectaba, aunque le dejamos a Oreo nuestro perrito.
--	--	--	--

<b>Matriz No.15</b>			
<b>La familia</b>			
<b>Subcategoría</b>		<b>+ Recurrencias (similitudes) textuales</b>	<b>≠ Frecuencias (diferencias)</b>
<b>La Familia</b>	Ana		<p>Un año después entré a la Universidad Externado, allí conocí un chico y fuimos novios y él supo toda mi historia, pero no me decía mucho. Todo empeoro cuando él se tuvo que ir del país, yo me deprimí mucho, volví a esquivar todas las comidas diarias y baje mucho de peso por no tenerlo cerca</p> <p>Tuve ataques de ansiedad, no pude conmigo misma y estuve incapacitada un mes porque yo no quería vivir más, me quería suicidar; yo misma compré la cuchilla para cortarme las venas, no podía verme al espejo aun teniendo veintitrés años. Tuve que hablar con él y me decía: “deja de hacer todo esto al menos por mi”, pero hoy me doy cuenta que, al hacer intentos de mejorar, siempre es por otras personas y no por mí, porque yo quiero morir con esto, no quiero dejar de hacerlo porque no le veo algo malo, y</p>

		<p>me estresa que nadie lo entienda.</p> <p>En el colegio me regañaban mucho, en cambio en la universidad he sido burlada por las pocas personas que saben, en cambio mi mejor amigo, quien llora conmigo y no me obliga a dejar eso, él realmente me entiende.</p> <p>Algo que siempre me saca la piedra, es que me den ordenes como lo hacía mi ex novio, me daban ganas de pegarle patadas cuando me obligaba a comer algo. Sin embargo, como ya conté, dejé de hacer todo esto por un tiempo y él estaba muy feliz, aunque en el fondo siempre buscaba la manera de adelgazar.</p> <p>Otro tema, es la relación con mi hermano él dice que soy una basura de persona, yo siento que mis papas me odian porque ellos han tratado de hacerme la vida sencilla en muchos sentidos, y yo soy la que ha jodido todo. Nuestra relación en casa es muy mala, mi hermano me trata mal, me dice gorda todo el tiempo y por eso casi no hablamos. En realidad, en mi casa ya perdieron el interés por mí, ya no me exigen mejorar mi vida, solo que deje de hacerles la vida imposible porque mi mama en silencio sufre mucho por mí, y a mi papá le enfurece eso</p>
--	--	---

	Bianca	<p>mi vida decayó, no tuve pareja en todo ese tiempo y aún no consigo, después de mi ex Camilo no volví a tener nadie más. La verdad nunca me he sentido bonita y soy consciente que como me vea yo me va ver el mundo, y pues todos me ven horrible.</p>	<p>conocí a mi amiga Camila que ya conocerás luego, ella es hermosa de alma, pero a la vez muy complicada porque ella aún está en proceso de resucitación como nosotras lo llamamos... Yo creo que nuestro animal espiritual es el ave fénix porque ha sido muy muy difícil levantarse de algo así, pero hemos salido de las cenizas; es que ¡Dios! La mente es jodida es muy jodida y te engaña mucho y no se puede controlar de la noche a la mañana, es una sensación que no tiene explicación alguna.</p> <p>mi amiga si tiene una historia parecida a la chica fallecida que te comenté, ella fue anoréxica hasta hace un año más o menos, ella es menor que yo, tiene veintinueve años y de un año para acá empezó a vomitar y trato de ayudarla, pero créeme una anoréxica no es buena consejera de una bulímica en inicio ajajaja</p> <p>Por ahora solo tengo dos amigas, solo así amigas, no grandes amigas... porque una es mi nutricionista y siempre me regaña más de lo que me aconseja, pero es porque me quiere. La otra amiga que es quien conocerás, con ella hemos ido al curso de prevención de suicidio y es una relación no tan cercana pero tampoco</p>
--	--------	---	---

			<p>tan distante, hacemos planea de amigas, pero nunca van relacionados con la comida, porque ella aún está en un proceso complejo y baggg la verdad hablar de eso me da dolor de cabeza, yo quiero rescatarla, pero ella tiene una visión diferente del trastorno, ella si se siente obesa como un oso y déjame decirte, ahorita está en 42 kilos.</p>
	Camila		<p>ella sigue siendo muy confidente, trata de ser mi amiga porque al final ya estamos solas, mi hermana del medio vive más fuera que dentro de la casa</p> <p>Con la del medio pues es buena porque nos unimos mucho en el viaje, pero ella es de alma libre entonces vive en sus cosas y proyectos, Mientras que la mayor es la oveja negra, prácticamente mi mamá la crio y al morir mi papá nos alejó por completo de su vida, hasta ahora nos estamos hablando, pero es algo súper casual, incluso tengo resentimiento con ella porque alejo mi sobrino, y el niño ni siquiera sabe quién soy cuando me ve me dice “señora”. Ella vive en Bogotá con su esposo y el niño, pero la relación se fragmentó demasiado hace años y ahora ya es difícil volver acercarnos, además por las distancias en las que vivimos.</p>

			<p>Igual este tema no es que me quite el sueño, yo vivo feliz con mi hermana del medio y mi mamá, somos unidas, confidentes y superamos todo juntas</p> <p>tengo una amiga, pero no tengo mucho contacto porque siempre estoy en la pastelería mi horario es de 6am a 4pm. Ah pues tú la conoces es Bianca, ella me busca y salimos y así, aunque ella es de otro estilo. Tengo novio actualmente se llama Pedro, él es muy lindo conmigo y trabaja vendiendo comida rápida, es un chico con sueños y quiere salir adelante en su vida, nunca peleamos porque yo soy súper relajada y el trata de llevarme el ritmo.</p> <p>yo voy a un curso en contra del suicidio porque una chica murió de bulimia acá en el pueblo y bueno fue un súper escándalo, pero más allá no tengo como una vida social activa</p> <p>Tengo a mi mamá, mi novio, mi cuerpo como me gusta, pero más que el cuerpo me hace feliz no sentirme pesada y pues es obvio que cualquier cosa que coma me hace pesado.</p>
--	--	--	---

## 1.1 La familia como luz y sombra: Ana

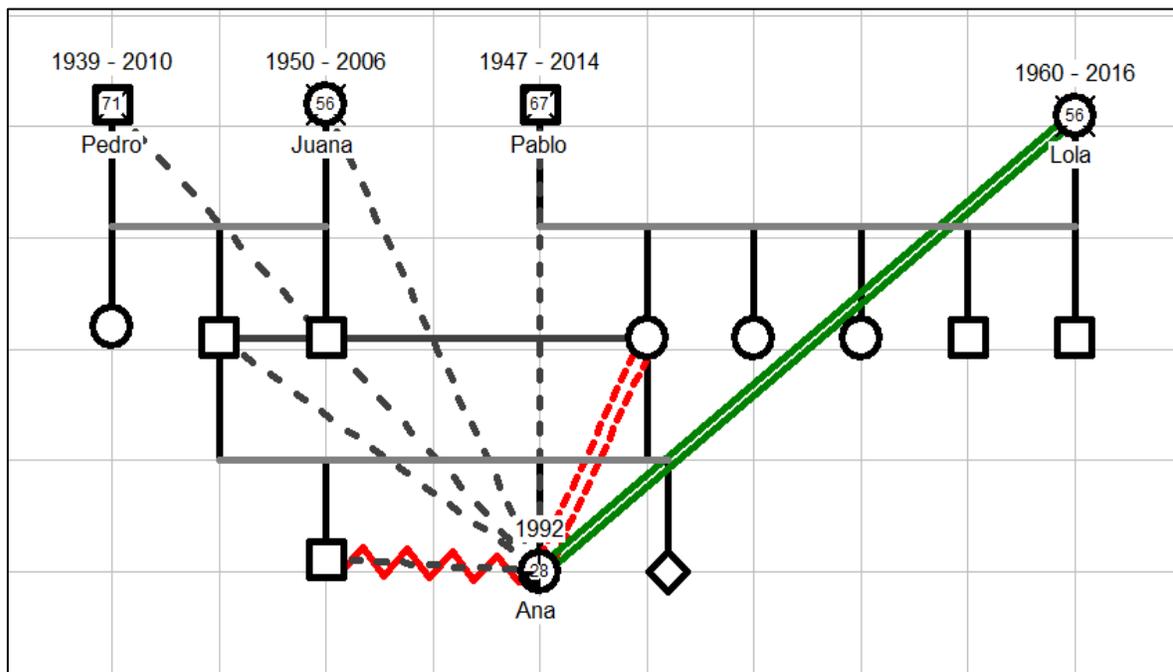


Figura N.2: Genograma Ana 1

Examinemos descriptivamente el genograma de Ana, quien convive principalmente con su mamá, papá, hermano menor y mascota canina. Asimismo, se evidencia con dichos miembros una relación hostil y distante; lo cual, se corrobora con el relato de la Matriz No.14 que se verá más adelante. En cuanto a sus abuelos maternos, Ana confirma tener una relación muy estrecha con su abuela, quien ya falleció junto el abuelo materno y abuelos paternos. Con miembros como tíos maternos, paternos y primos hermanos; existe una relación de carácter distante.

Ahora, para llegar a triangular la información con el componente analítico, se puede identificar el relato de Ana en la Matriz No.14; Reconociendo a la mamá de Ana

como un actor importante, ya que, en repetidas ocasiones dirigió comentarios a su hija como “estas gordas”. Mellor y cols, destacan estos fenómenos en que

la influencia de los padres sobre los hijos como elemento más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre adolescentes de ambos sexos, sugiriendo que la familia desarrolla un papel mucho más importante entre los adolescentes, que los amigos y los medios de comunicación (Mellor D, McCabe M, Ricciardelli L, Merino ME, 2008, p.207) (45)

Este aspecto, generalmente es protagonizado por las madres, quienes son el modelo hipercrítico en sus hijas

Selvini, M. (1999) plantea que la figura dominante en la familia de las anoréxicas es la madre, el padre está a menudo emocionalmente ausente, arrollado y secreta o abiertamente desvalorizado por su esposa. La mujer se convierte mucho más fácilmente en dominada por la madre, niña modelo de una madre invasora e intolerante; las madres de las anoréxicas han hecho mucho por sus hijas, incluso demasiado, pero sin sacar de ello ningún sentimiento de alegría. (Sala. J, 2008, p.22) (46)

En este tipo de circunstancias y correlacionado con la narrativa de Ana, se puede examinar un sentimiento de frustración debido a la hiper-vigilancia y alta exigencia estética

que muchas veces demandan las madres a sus hijas. Esto, tiene que ver con el aspecto social, sobre la idealización de la belleza y estigma hacia lo femenino. Asimismo, cuando las madres tienen comentarios como “estas gordas” y acciones de sobre-protección son

madres presentes, pero con una presencia física y formal...psíquicamente son madres lejanas y que generaron dependencia en su hija, no permitiéndole manifestar sus necesidades, pues siempre estuvieron prestas a satisfacerlas de antemano” (Chandler, E., 2001) (47)

Ana expresa lo mencionado en la *Matriz N.02* afirmando que su madre a pesar de vigilar su peso y figura corporal, no ha estado parentalmente atenta y por esto no se ha percatado de que Ana consume cocaína, cigarrillo; además de ir a fiestas y reuniones por tiempos prolongados. Cabe destacar, que como expresa Selvini, M. (1999) el padre de Ana es del tipo que no ha estado involucrado en totalidad, en el proceso de crianza de la misma.

Del mismo modo, en la *Matriz No.15* Ana cuenta cómo el vínculo con su hermano también se ha visto afectado. Registrando, que la relación familiar de Ana ha estado fracturada y desde su perspectiva es gracias al TCA que padece, por lo cual, sus padres y hermano se “desinteresaron” de su proceso, al no ver un cambio progresivo. Esto, se pudo identificar en el genograma de dicha familia, en la cual, el sistema vincular-relacional tiene pautas de hostilidad y distanciamiento, que es un contra a la hora de trabajar un TCA como la AN.

Igualmente, es desestabilizador para el proceso terapéutico de Ana, ya que

Las intervenciones con la familia, cuando existen, tienen un carácter psicoeducativo y están orientadas a “instruir” a los familiares sobre las enfermedades mentales y sobre la necesidad de que se adhieran al tratamiento farmacológico como condición para evitar la recaída (Hernández. A, 2005, p.08) (49)

Asimismo:

desde la perspectiva eco sistémica es inconcebible la intervención individual como modalidad exclusiva de ayuda, pues si bien se trabaja con la subjetividad, esa subjetividad no puede ser comprendida ni movilizada sino en el contexto con el cual conforma una unidad. (ICBF, 2008, p.67) (48)

Por lo tanto, la familia debe ser un sistema de apoyo donde las pautas relacionales sean maximizadas a la unión, lo cual, es base para manejar una contingencia expresada en síntoma, como lo es la AN. Para esto, la Psicóloga Ángela Hernández evoca una metáfora sobre el síntoma (en este caso los TCA) y su rol en el sistema familiar:

Puede pensarse que los **síntomas individuales** son una especie de quiste o de tumor, **donde se condensa el malestar acumulado por la recurrencia de pautas vinculares**, cuya inadecuación ha sido descalificada por sus protagonistas. Sin duda la “gravedad del tumor” es proporcional a la edad de la pauta descalificada y por lo

tanto la conexión entre los síntomas y el contexto interaccional donde surgieron puede estar en el olvido o fuera de la conciencia histórica del sistema portador, sobre todo si hay dos o más generaciones implicadas en la permanencia de la pauta. (ICBF, 2008, p.67) (48)

Lo expuesto, es una metáfora sobre la construcción inicial del sistema de ayuda y el vigor que debe tener cada miembro de la familia, para soportar contextualmente al portador del síntoma; en este caso, Ana, Bianca y Camila. Asimismo, se debe tener en cuenta la resistencia al cambio de la familia, lo cual, se demuestra en la narrativa de Ana (quien progresivamente, dejó de tener apoyo familiar que le permitiera adherirse o mantenerse en un tratamiento), siendo una condición inmovilizadora para resolver el TCA.

Por lo tanto, es ineludible tener en cuenta que los síntomas o malestares individuales son cristalizados en el sistema familiar, el cual, viene siendo la misma solución al problema. La cuestión como se ha identificado con Ana, es que muchas veces se asume por el sujeto la responsabilidad del síntoma hacia otro miembro de la familia (en este caso su mamá), como forma de esquivar el propio aporte al malestar, como las acciones propias de cutting, consumo de estupefacientes, etc.

## 1.2 La familia como luz y sombra: Bianca

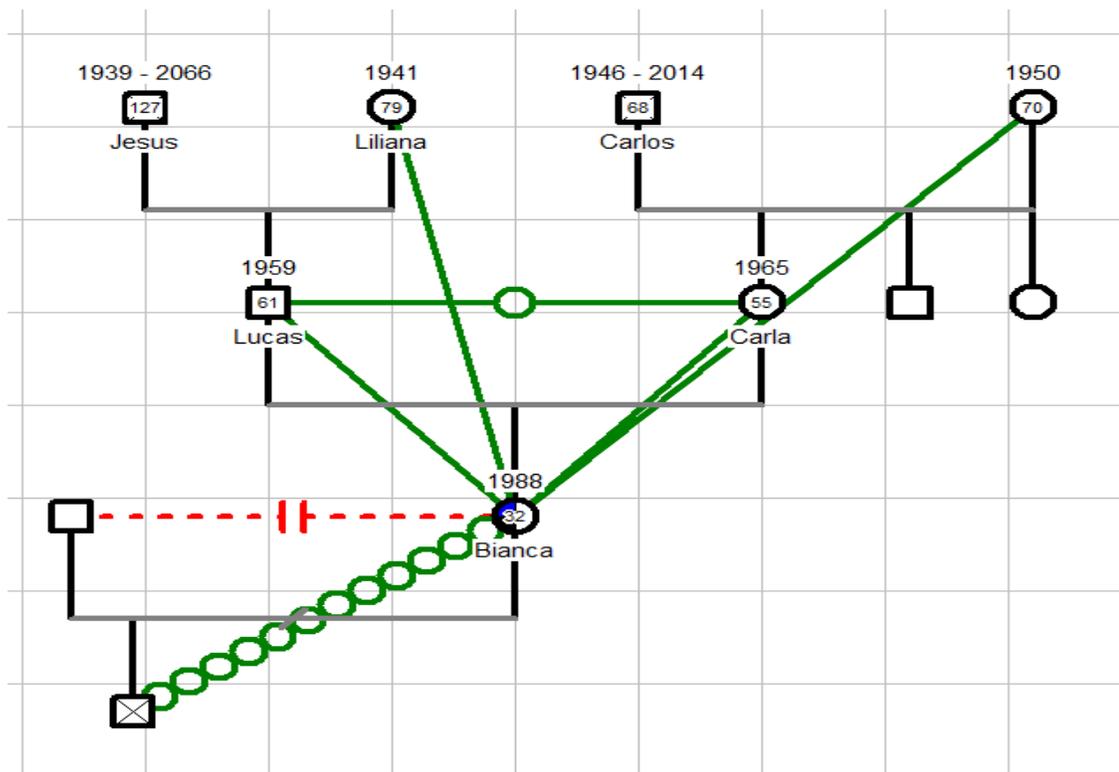


Figura N.3: Genograma de Bianca 1

Reconozcamos ahora el sistema familiar de Bianca, quien a través del genograma nos expone que es hija única de padre y madre aún casados, con quienes tiene una relación cercana. Asimismo, mantiene la misma proximidad con su abuela materna y paterna. Tiene una familia poco numerosa y no se evidencia descripciones de relaciones distantes, conflictivas o de abuso en la red familiar de Bianca.

Con esto, se procede a detallar la *Matriz N.14* donde está enmarcado la narración de Bianca sobre su familia

En esta línea, se logra identificar que, a pesar de tener una relación cercana con sus familiares, Bianca no logró conversar con ellos el tema del aborto que la ha afligido por tanto tiempo. Esto, no significa que haya sido el detonante sobre el inicio del TCA, pero si es un gran influyente en cuanto a la falta de apoyo en el sistema vincular de Bianca, lo cual, fue por tu propia decisión al experimentar sentimiento de vergüenza y culpa.

No obstante, como ya se ha mencionado la familia es

la que permite trascender el orden biológico, la que obra como posibilitadora y mediadora de la inclusión del individuo en la sociedad y en la cultura, pues en ella, con los aportes del grupo familiar, y fundamentalmente de los padres, se conforma, a nivel psicológico, lo humano del ser.

(Galperín, C. Citado por ICBF, 2008) (48)

Por lo cual, esa red de apoyo es la base y de alta importancia, en la resolución de circunstancias que presente cualquier miembro de la familia (En este caso Bianca). No obstante, dentro de las creencias familiares existe la alexitimia, caracterizada por “Evitar el conflicto y las tensiones emocionales” González. L, et. al, 2013, p.34) (50); esto, se debe a cómo el sistema familiar signifique la realidad y lo disponga generacionalmente, lo cual, desde la alexitimia se singulariza por la dificultad para verbalizar experiencias emocionales, con el objetivo de mantener una armonía en la red familiar. Por lo tanto, “el síntoma somático sería el lenguaje de toda la familia”. González. L, et. al, 2013, p.34) (50)

Lo mencionado, tiene cabida en la narración de Bianca, quien afirma no haber pronunciado su malestar a causa del aborto, por pertenecer a una familia conservadora;

lo que le produce emoción de temor en ella, frente a la experiencia emocional. Esto, poco a poco fue creando malestar en Bianca, que a la final fue expresado en el síntoma de la AN.

A través de esto, se busca comunicar al lector que no siempre será una familia con sistema vincular hostil o distanciado, la pauta relacional. Por lo cual, no se puede generalizar y es importante ahondar en diferentes casos; como en el presente de Bianca que existen relaciones de cercanía, pero dificultad de comunicación por cómo opera el vínculo con los miembros de su familia. Tal vínculo interviene a través del rito, mito y episteme. Conceptos que son definidos desde la perspectiva eco-etho-antropológica de J. Miermont, precisando el ethos (actitudes, emociones y cognitivas) como el comportamiento humano y el oikos (ambiente ecológico) al dominio donde dichos comportamientos se realizan. Comprendiendo ambos procesos interactivos, donde surge la reflexión de la conciencia y las confrontaciones de los procesos inconscientes que se salen de control; organizándose mutuamente de forma recursiva, por medio de las relaciones, la doble articulación del lenguaje y las producciones simbólicas para crear una neo-realidad (Estupiñán, Hernández y Bravo, 2006).

Concretamente, las relaciones familiares se enfocan en la subjetividad de los miembros y las interacciones de los mismo dentro y fuera de un contexto social. Desde esta perspectiva, el vínculo se entiende desde Miermont (1993. citado por Hernández, 2008) como “aquello que asegura conexión temporo-espacial entre personas físicamente separadas, gracias a los procesos de simbolización que contribuye a su mantenimiento”

(p. 59). Bien se expuso que tal vínculo opera primero con el *mito*, siendo un relato de la existencia humana que le da sentido a la misma, siendo “verdad” para quien lo cuenta y lo vive y ficción para quienes lo ven desde el exterior (Miermont, 2001 citado por Hernández, 2008). Por otro lado, Elide (2007 citado por Hernández, 2008), afirma que el mito “garantiza la cohesión y regulación de los grupos humanos, estructura los sistemas de creencias y organiza la transmisión de informaciones” (p.68).

En consiguiente, la función de los *rituales* (o rito) según Miermont (2001) son: comunicar, automatizar las unidades sociales, definir el carácter de las relaciones, mantener la cohesión de los grupos marcarlas etapas del ciclo de vida y su transición.

Por su parte, la *episteme* se comprende como un “saber” que funciona como marco de referencia y como saber contextual para comprender los fenómenos humanos. Estos saberes se fundamentan en conceptos y teorías adaptadas por cada persona en su diario vivir, para organizar su realidad, conocer y actuar, teniendo en cuenta el contexto histórico - social y las reglas de dicho lugar. En este sentido, la episteme tiene como función orientar al hombre hacia sí mismo, los demás y el mundo, permitiendo mantener y complejizar los vínculos. (Hernández, 2008).

En un ejemplo más puntual, los padres juegan un papel importante en la organización y transformación social y psicológica de los hijos, para cumplir con dicho rol, los tres operadores temporo-espaciales participan en ello de manera interconectada. En este sentido, los rituales crean signos y símbolos para ser utilizados en comunidad; los mitos, organizan la cohesión familiar, a través de creencias y valores, los cuales le dan sentido a la existencia; por último, la episteme proporciona lenguaje, habilidades físicas e

intelectuales y desempeño social; todo ello para la participación y el desarrollo progresivo de la autonomía (Miermont, 2004).

La información expuesta, es plenamente relevante el caso de Bianca, porque existe una dinámica de vinculación, donde la creencia que un aborto será una fragmentación a los valores familiares, asimismo, el padecer un TCA. Esto, gracias a los sistemas de significación de dicha familia, los cuales, generacionalmente organizan las modalidades de interacción entre sus miembros.

### 1.3 La familia como luz y sombra: Camila

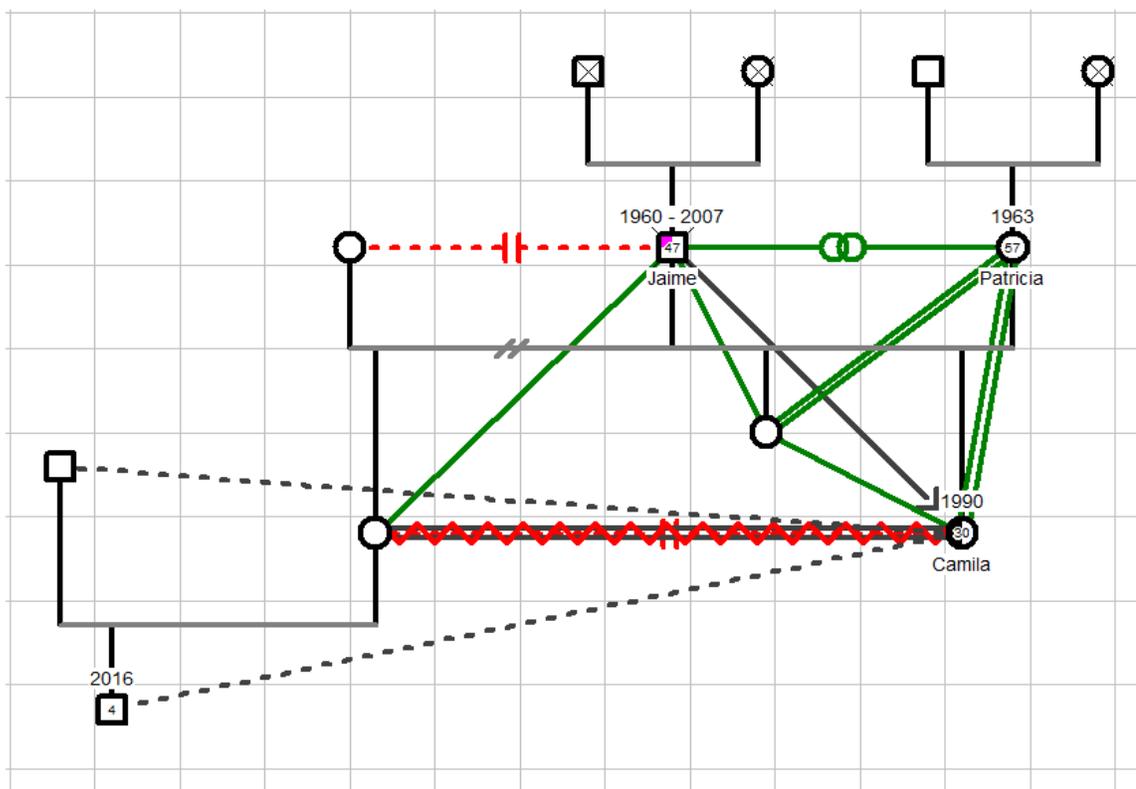


Figura N.4: Genograma de Camila 1

En cuanto a Camila, descriptivamente su red familiar está compuesta por sus abuelos maternos y paternos, de los cuales aún vive el abuelo materno. Su padre ya fallecido, tuvo un primer matrimonio concibiendo una hija, quien actualmente convive con su esposo e hijo de cuatro años. Posteriormente, hubo un segundo matrimonio del cual nació Camila y su hermana mayor; quienes aún conviven con su mamá.

A nivel relacional, Camila presenta con su madre y hermana una relación fusionada. Con sus abuelos en general maternos y paternos, ha tenido relaciones positivas o de cercanía. Con su padre, tuvo una relación de cercanía y focalizada; mientras que,

con su hermanastra y el núcleo familiar de la misma, las relaciones son de completa hostilidad.

Lo mencionado, puede homologarse con la información de la *Matriz N. 14*, la cual, expone la narrativa de Camila frente a su familia y la red de relaciones que mantiene con los diferentes miembros.

En esta línea, es pertinente iniciar por el padre de Camila, sobre quién se analizó en la *Matriz N.8* en ítem de experiencias emocionales; Dimensión que ha influido –pero no desarrollado- en el TCA de Camila, a raíz de la prematura muerte de dicho familiar. Asimismo, dada esta circunstancia la vida de Camila -según su relato- cambió por completo y a nivel relacional perdió completo contacto con su hermanastra, quien decidió irse de casa en el momento del fallecimiento de su padre. A partir de este momento, la relación hostil e incluso conflictiva entre estas dos mujeres (Camila y su hermana), comenzó a salir a flote, junto con la hermana y mamá de Camila; ya que, a parte de los conflictos en la red familiar, se adiciona la “pelea” por la herencia del padre.

En este punto, emprendió una etapa de mayor vulnerabilidad para Camila como individuo y como sujeto miembro de una red familiar. Por lo cual, ella comenzó a afianzar su generatividad frente a la experiencia emocional, soportándolo en su hermana mayor, quien la convenció en realizar un viaje por Sudamérica donde vivió una serie de situaciones, que Camila subraya como buenas para su vida. Empero, como se expuso el problema radicó en la llegada de Camila y su hermana a Colombia, donde se re-

conectaron de nuevo con la pérdida de su padre y las fracturas emocionales en la familia, que dejó el suceso. Por lo cual:

Las crisis pueden evidenciarse también en la aparición de síntomas en alguno de los miembros de la familia, quizá el más vulnerable, en forma de problemas del comportamiento (mal rendimiento escolar, indisciplina, conductas desafiantes, abuso de sustancias, etc.) y en malestar emocional (depresión, intentos de suicidio, alteraciones mentales severas, etc.). (ICBF, 2008) (48)

Esto no significa, que Camila sea el sujeto más vulnerable de su red familiar y que los otros miembros no pasarán por momentos de altibajos. La cuestión, es que Camila pasó de ser una niña con demasiado control sobre ella, a una mujer sin un rumbo establecido a nivel integral (emocional, profesional, espiritual, etc.) de su vida -según ella comenta-. Destacando, que su familia con núcleo configurado por mamá y hermana no consideran que Camila tenga AN sino la apoyan en su filosofía sobre “estilo de vida” del no comer.

Examinemos lo dicho, desde la perspectiva en común de Bianca y es que muchas veces el TCA tiene trascendencia, ya que, son familias alexitímicas

que evitan el conflicto y las tensiones emocionales.

Según Minuchin et al, las dificultades para verbalizar experiencias emocionales son debidas a que éstas son bloqueadas para evitar conflictos y mantener el “mito de la

armonía”. El síntoma somático sería el lenguaje de toda la familia (González-Macías. L et al, 2013, p.34) (50)

Lo cual, es muy esperado porque el sistema familiar no busca nuevas lesiones, luego del duelo por pérdida de una familia, que era cabeza de esa red. Por lo tanto, no hay comunicación y resonancia afectiva frente a un problema del miembro familiar, en este caso Camila.

#### **1.4 Recapitulemos**

A lo largo del numeral 1.1 hasta el 1.3, se pudo extender el valor de la familia en tres diferentes casos de mujeres adultas con AN. Con esto, es pertinente abordar una serie de ítems importantes que abarcan la coyuntura de Ana, Bianca y Camila.

En este marco, la familia como se ha mencionado en un sistema humano (desde la perspectiva sistémica-compleja), que organiza el funcionamiento individual de sus integrantes, dependiendo el ciclo vital que atraviesen. Asimismo, cada familia tiene distintas demandas y necesidades, que se van por dos caminos: se suplen o son obstáculos para el sistema. Indiferentemente, siempre habrá dinámicas relacionales que soporten dichos trayectos, que serán clave para los procesos de autonomía de cada miembro familiar.

Se nombra el proceso de autonomía como clave para cada ser humano, ya que, un individuo que sepa organizar sus propios comportamientos, conocer y reconocerse

dentro y fuera del sistema familiar, puede generar con facilidad alivios a las contingencias que se le presente en su ciclo vital.

Yuxtaponiendo lo dicho con los casos de esta investigación, se realza que las familias de Ana, Bianca y Camila no son sistema disfuncionales, sino que sus dinámicas relacionales no han exaltado el proceso de la autonomía en sus miembros; y al llegar una circunstancia como la AN, se identifica bajo soporte de la red porque no hay claridad sobre el TCA, que en estos tres casos no se comporta como una estructura psicopatológica, sino como un síntoma que denuncia la existencia de otras estructuras psicopatológicas subyacente.

Tales estructuras, se pueden develar desde el primer sistema de soporte para un individuo: la familia; además, de ser el componente que puede esclarecer lo que intenta manifestar el TCA y en paralelo, influir en la recuperación de la persona. Por lo cual, para poder trabajar la AN se deben identificar estructuras psicopatológicas subyacentes, inmersas en la familia. En el caso de Ana, existen relaciones de hostilidad con mamá, papá y hermano, a lo largo de su crianza; en Bianca y Camila la particularidad de familias con alexitimia, que “disfrazan” los problemas o situaciones de altibajos, con tal de evitar fracturar la “armonía” del sistema relacional. Asimismo, como se identifica en los casos Ana, Bianca y Camila; no hubo inicialmente una cohesión entre los miembros, que soportará el desarrollo del proceso como: la identidad y la autonomía:

en este proceso de autonomía, necesita el apoyo de  
su sistema para que lo acompañen en sus intentos de actuar

por sí mismo, lo que en ocasiones favorecen conductas de rebeldía que se cristalizan a lo largo de la vida y pueden verse reflejadas en diferentes situaciones (Perinat, 2007 y Hernández, 2008 citado por Guapacho. D, 2017, p.10) (51)

Una de esas situaciones, es el desarrollo de un TCA que puede darse en el ciclo vital de forma prematura, pero prologarse en edades como la adultez, porque no se identifica la expresión del síntoma. Cabe destacar, que las personas no siempre manifiestan las fracturas relacionales con la AN, también puede presentarse en consumo de SPA, alcoholismo, ALNS y demás. Porque son caminos que permiten drenar las falencias del sistema familiar, cuando no hay comunicación y cohesión en el mismo.

Así al tocar el tema de la comunicación, en el pensamiento sistémico-complejo se toma como punto de partida: “es imposible no comunicar” (Maturana & Varela, 1987). Entendiendo que, todo comportamiento de un sujeto en la familia, tiene un importante mensaje para los otros miembros. Esto, es básicamente a lo que responden los fenómenos como la AN y es el sustento por el cual, se menciona durante todo el documento que hablamos de un malestar en el sistema, que se expresa en síntoma (AN en este caso).

Realmente, los TCA son una forma de comunicar algo, es una pauta que Ana, Bianca y Camila han construido para notificar una fragmentación en la relación. Entonces ¿esto es el causante de la AN? La respuesta es no, porque este tipo de fenómenos no se movilizan a causa-efecto, sino transmutan un malestar en las relaciones que mantiene la persona.

Ahora bien, por parte de Ana se logró identificar en el numeral 1.1 que su sistema familiar es de tipo aglutinado, porque los límites entre sus miembros son difusos y en los que no existe espacio para el desarrollo individual dado que se encuentran sobre-involucrados. (Coronel M, 2007) (58) Siendo en Ana las pautas de la familia más aglutinadas entre ella y su mamá y desligadas con su papá, a medida que se exacerbó el TCA. Asimismo, se identifica en Ana un sentimiento de sobre-demanda por su madre, concibiendo la necesidad de diferenciarse y configurando el TCA como un síntoma desafiante hacia su mamá. Cabe destacar, que el padre y hermano de Ana toman la táctica de ser “silencioso”, al mostrarse afectivamente periféricos en el grupo familiar o al negar involucrarse en el TCA de su hija/hermana.

Consiguiente al caso de Bianca, su sistema familiar demuestra ser uno que ha logrado satisfacer las necesidades bio-psicosociales de sus miembros; sin embargo, Bianca no logró enfrentar óptimamente las irregularidades en su ciclo vital, por lo que sus comportamientos no fueron favorecedores para su salud. No obstante, dentro del relato expone que su mamá tuvo la sensación de que algo estaba mal, ya que, la pauta de comunicación de Bianca fue alejarse de todo contexto y comenzar a enfermar. Esto, generó cambios internos en el sistema familiar, sin embargo, hasta la fecha no hay un pleno involucramiento emocional de los miembros: mamá y papá de Bianca; para dar manejo al TCA.

Por último, está Camila quien bloqueó las emociones frente a los cambios que tuvo el sistema familiar, desde la muerte de su papá. Asimismo, recurrió a conductas y pensamientos orientados a combatir el estrés, por la poca capacidad de movilización que tuvo su familia para afrontar un proceso crítico, como lo es la pérdida de una figura.

## **Capítulo II: Procesos psicológicas que atraviesan la Anorexia Nerviosa desde una visión eco sistémica.**

Esta última sección, cumple con el objetivo de dar una perspectiva eco-sistémica de la AN a través de Ana, Bianca y Camila; sobre la relación con el proceso psicológico de la motivación, necesidades psicológicas y las emociones, entre las cuales se realizan las conductas pro-sociales.

### **2.1 La motivación a través de Ana, Bianca y Camila**

En primera estancia, es primordial acudir a la definición de la motivación, entendida como un proceso psicológico que describe

las fuerzas que actúan sobre o dentro de un organismo, para iniciar y dirigir la conducta de este. Es decir, son fuerzas que permiten la ejecución de conductas destinadas a modificar el curso de la vida de un organismo, mediante la obtención de objetivos que incrementan la probabilidad de supervivencia, tanto en el plano biológico como en el social. (Palmero, F., Guerrero, C., Iñiguez, C., Ballester, A. & Gorayeb, B. (2011) (52)

Asimismo, es un proceso dinámico interno que moviliza al sujeto a responder sobre las necesidades psicológicas inherentes de autodeterminación, competencia y afinidad; las cuales, sustentan al sujeto en un ambiente social.

En este contexto, la autodeterminación es precisar las propias acciones, decidir qué hacer, las opciones y la flexibilidad en las mismas; según la necesidad a la que responda la motivación. Este concepto, puede ejemplificarse dentro de los tres casos vistos en esta investigación; entre los cuales, hay un aspecto común y es que la AN se ha comportado como un síntoma y detrás de esto, hay una fuente motivacional que intenta drenar una experiencia negativa. Así, una pauta que desestabilice el sistema familiar son la fuente motivacional como “los estímulos que hacen que un individuo se active” (Palmero, F., Guerrero, C., Iñiguez, C., Ballester, A. & Gorayeb, B. (2011) (52) Desde este ángulo, los estímulos se pueden presentar desde el *exterior o ambiente* y “puede provocar una respuesta involuntaria en un individuo, apreciándose que la intensidad de la respuesta es proporcional a la intensidad del estímulo” (Palmero, F., Guerrero, C., Iñiguez, C., Ballester, A. & Gorayeb, B. (2011) (52) Además, son *internos* como “los impulsos, las necesidades y los deseos” (Palmero, F., Guerrero, C., Iñiguez, C., Ballester, A. & Gorayeb, B. (2011) (52)

Acontece además que, dentro del proceso motivacional hay un concepto correspondiente a la “Historia personal”, referente a

la experiencia que arrastra un individuo desde el nacimiento. Dichas experiencias van configurando el bagaje de los eventos que estimulan y motivan a un individuo, de los incentivos que atraen a ese individuo, y de las conductas mediante las que puede alcanzar dichos incentivos.

(Palmero, F., Guerrero, C., Iñiguez, C., Ballester, A. & Gorayeb, B. (2011) (52)

Conviene observar que, lo mencionado tiene estrecha relación con la Matriz N.8 Capítulo I, donde se expusieron las experiencias negativas en Ana, Bianca y Camila. Las cuales, han sido un tejido emocional y experiencial en Bianca desde su proceso a partir del aborto; asimismo, para Camila quien tuvo transformaciones en su vida, a raíz de la muerte de su padre.

Se resalta con esto, que la conducta motivada (las acciones que provocan y mantienen la AN) proviene de la conjunción e interacción de los eventos que estimule externa o internamente al sujeto, los cuales, “incrementan la probabilidad de que la conducta resulte sea organizada y adaptativa” (Palmero, F., Guerrero, C., Iñiguez, C., Ballester, A. & Gorayeb, B. (2011) (52) Sin dejar de lado, que el proceso motivacional tiene un objetivo principal: la supervivencia; que en los seres humanos va más allá del nivel biológico, sino también se puede dar en la protección emocional del individuo. Quien como Ana, Bianca y Camila va a desarrollar una conducta dirigida a la consecución de un determinado objetivo, el cual -para acoplar los tres casos-, es abolir la fractura emocional que ha dejado un malestar el sistema familiar; como se describió en el capítulo I de esta investigación.

Con lo dicho, se abre el siguiente subcapítulo que pretende yuxtaponer la motivación con las necesidades psicológicas y explicar, la incidencia que tienen dentro de los TCA, como procesos psicológicos de los seres humanos.

## **2.2 La Anorexia nerviosa, revelado por medio de las necesidades psicológicas**

Dando continuidad al subcapítulo anterior, es relevante traer a contexto las necesidades psicológicas, que son un enfoque orgánico de la motivación; en lo cual, se

entiende que la relación del sujeto y ambiente es bidireccional: “el ambiente actúa sobre la persona y ésta actúa sobre él. La persona actúa sobre el ambiente por curiosidad, interés y por una motivación intrínseca de buscar y efectuar cambios en el mismo; el ambiente ofrece potencialidades (oportunidades)” (Reeve, J. 2010) (53) Siendo tal motivación intrínseca, promovida por las necesidades psicológicas de: autodeterminación ya expuesta en el subcapítulo 2.1 y la autonomía. Esta última, ha sido renombrada a lo largo de este documento, ya que, se mantiene la hipótesis que *la AN es un síntoma ante la vulneración de la autonomía del sujeto, que se da en el sistema familiar.*

En este contexto, la autonomía se define cómo

la necesidad psicológica de experimentar una autodeterminación y ratificación personal en el inicio y regulación de la propia conducta. Somos autónomos cuando nuestros intereses nos guían y requiere: Locus de causalidad: tener claro si depende de uno o del ambiente. Volición: que tanto lo quieres. Elección percibida: creer que se tienen muchas opciones (Reeve, J. 2010) (53)

De igual forma, la autonomía refleja la necesidad que los recursos internos sean los que determinen las acciones mismas, por lo cual, mantiene fuentes y conductas motivadas y así

Las personas cuyo comportamiento es autónomo, en lugar de ser controlado por los demás, exhiben desenlaces positivos incluyendo aumentos en motivación,

involucramiento, desarrollo, aprendizaje, desempeño y bienestar psicológico (Reeve, J. 2010) (53)

Lo citado, a nivel de los TCA es el camino a tomar en los casos de Ana, Bianca y Camila, para analizar la hipótesis expuesta. Ya que, la decisión de acoger una dieta, ejercicio excesivo, conductas purgativas y demás (Ver Matriz N.6) es bajo la determinación de cada persona; sin embargo, es gracias a que el cuerpo es el primer y único medio de cada sujeto, para adherir consecuencias emocionales que han dejado aspectos previos. De igual modo, “se relaciona con los problemas en los anclajes de la identidad, incluyendo el correcto funcionamiento autónomo” (Jaramillo Amores, C. P. 2012) (54). Tales anclajes, están relacionados con aspectos del ciclo vital del sujeto, así como se planteó en el capítulo I, donde la familia de Ana, Bianca y Camila han sido gran influyente

Este déficit de los anclajes del yo es identificado como un sentimiento de ineficiencia personal, en cuanto a la autonomía de la persona y más que todo al control sobre el propio cuerpo, afectando de esta manera la correcta construcción de la identidad (Jaramillo Amores, C. P. 2012, p.88) (54)

Dicho proceso, es atravesado por la emocionalidad ya que “la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente a todo proceso psicológico”, en este caso, sobre la motivación (Chóliz, 2004, p.59) (55). Así, esas reacciones emocionales según Wundt (1896), pueden ser en tres dimensiones: agrado-desagrado; tensión-relajación y excitación-calma; las cuales, vendrán a definir la fuente y objetivo de la

conducta motivada. Siendo generalmente en los TCA y relevante en los casos de esta investigación; que las emociones experimentadas en el recorrido del síntoma, son reforzantes porque disfrazan experiencias previas; lo cual, se analizará en el siguiente subcapítulo.

### **2.3 Emociones y regulación emocional**

La conducta propia en cualquier circunstancia, refleja los deseos internos que se ejecutan con recursos propios y ambientales. Sin embargo, se tienen niveles de autonomía según el contexto del individuo y esto, será el motor para promover la satisfacción de las necesidades y, en consecuencia, tener experiencias emocionales positivas o negativas (como frustración) del proceso.

Es de alta importancia trabajar la frustración como respuesta emocional, ya que, en los TCA y sobre todo la AN, hay un intermediario: el cuerpo; el cual es la evaluación sobre si el camino ha sido exitoso o no. A esto, se refiere que en el trayecto hay distorsión de la estructura física, por lo cual, el grado de satisfacción será momentáneo y más, si hablamos de Bianca o Camila, quienes se refugian de una experiencia negativa, que difícilmente han drenado a través de la AN. Frente lo mencionado, se suma el tema del hedonismo, “suponiendo que la conducta no se realiza para reducir la tensión o el estado de necesidad, sino por el placer mismo que se produce al ejecutarla, o por las consecuencias agradables que conlleva” (Chóliz, 2004, p.61) (55) Que muchas veces es la delgadez, en el relato de Ana está el deleite de consumir alcohol y cocaína, y en Camila Marihuana.

En este contexto, es pertinente identificar a través de los relatos la regulación emocional que tienen las mujeres con AN, ya que,

Considerando la importancia de los vínculos primarios en el desarrollo fisiológico y mental en la adultez, una de las capacidades más relevantes que se encuentra afectada en la anorexia nerviosa además de la autonomía, mentalización y diferenciación, es la autorregulación (Cordella, 2010. Citado por p.78) (56)

Se define la mentalización como un proceso con función reflexiva, con el objetivo de “focalizar los estados mentales e incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las cuales forman un mecanismo interpretativo especializado” (Lanza, 2011, Citado por p.79) (56). Asimismo, la mentalización a través de diferentes estados da cuenta de las intenciones de una conducta.

Por su parte, la regulación emocional:

se entiende como la habilidad para controlar la experiencia afectiva y depende de la capacidad para distinguir los estados internos y diferenciarlos unos de otros (Cordella, 2010). En las personas con anorexia nerviosa se observan graves dificultades tanto en la expresión como regulación emocional (Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M., Cruzat, C., 2015. Citado por p.79) (56)

Empero, se debe destacar que a través del relato de Ana, Bianca y Camila no es correcto afirmar que tienen “graves dificultades”, sino que su expresión y regulación emocional se comprimió durante mucho tiempo (y aún es así), gracias al menguado acompañamiento familiar (ver capítulo I), lo cual, es primordial para atender cualquier contingencia; sobre todo de carácter emocional negativo, como lo es la pérdida en cualquier sentido.

En esta línea, también se debe identificar una posible fracturación de la empatía, porque el individuo al presentar obstáculos para expresar y regular su ira, tristeza, felicidad y demás emociones; es probable que su habilidad de resonar con el otro (cualquier individuo), será disminuida en gran medida. Definiendo la empatía para esta explicación como

la capacidad de entrar en resonancia afectiva con los sentimientos de los demás y de tomar consciencia de su situación de manera cognitiva. La empatía nos alerta especialmente sobre la naturaleza y la intensidad del sufrimiento que viven los demás. Es posible afirmar que esta cataliza la transformación del amor altruista en compasión (Ricard. M, 2016) (57)

Cabe destacar, que la empatía afectiva (como lo vemos en esta investigación) es espontánea según la conexión que el sujeto tenga con una situación y sentimientos específicos; asimismo, está ligado a la dimensión cognitiva, porque al resonar afectivamente, se evocan emociones que se manifiestan con “expresiones faciales, la

mirada, el tono de voz y el comportamiento” (Ricard. M, 2016) (57). Además, de la capacidad para traer mentalmente la experiencia vivida por un otro e imaginando, sus sentires, conduciendo a una “motivación altruista” con el sufrimiento de los demás.

Sin embargo, la otra cara del altruismo es cuando las personas se confrontan con el padecimiento del otro, “engendrando un sentimiento de desamparo y ganas de evitar la situación, lo cual incita a enfermarse en sí mismo o a apartarse del sufrimiento que se observa” (Ricard. M, 2016) (57). Destacando, que de cualquier forma el altruismo es imprescindible en el proceso de la empatía, porque de lo contrario, habría rasgos psicóticos.

El psicólogo Paul Ekman distingue dos tipos de resonancia afectiva. La primera es la resonancia convergente: yo sufro cuando tú sufres, yo siento rabia cuando tú sientes rabia. Si, por ejemplo, su esposa regresa a casa alterada porque su jefe se comportó de manera inadecuada hacia ella, usted se siente indignado y le dice con rabia: “¡cómo se atreve a tratarte de esa manera!”.

En la resonancia divergente, en lugar de sentir la misma emoción que su esposa y de enojarse, usted se replantea la situación y le responde: “siento mucho que hayas tenido que afrontar a alguien tan grosero. ¿Qué puedo hacer por ti?”, ¿quieres una taza de té o prefieres que salgamos a caminar?” Su reacción acompaña las emociones

de su esposa, pero bajo un registro emocional diferente.

(Ricard. M, 2016) (57)

Este campo de la prosocialidad, tiene una estrecha relación con los TCA en el sentido que la persona con AN, como Ana, Bianca y Camila; tienen la capacidad de empatizar y resonar afectivamente como seres humanos. Pero, tienen la particularidad en estos tres casos, que se han focalizado en una experiencia emocional específica, por lo cual, generalmente tendrán una *conducta de evitación* frente a los sucesos y sentimientos del legítimo otro, sobre todo si se involucra emociones negativas (Garrido. V, 2012). A causa de ello, se puede caer en el error de afirmar que las personas con TCA no son empáticas, siendo la verdadera razón que tienen bajos niveles de autorregulación emocional que no les permite concentrarse en “los pies del otro”.

## Conclusiones

La Anorexia Nerviosa, es un Trastorno de Conducta Alimentaria y un fenómeno social, que ha sido mayormente estudiado y analizado desde una perspectiva empírico-positivista, afirmando que tiene causantes múltiples que se abarcan en tres grandes grupos: Dimensiones biológicas, Dimensiones socio-culturales y Dimensiones psicológicas. No obstante, en la presente investigación buscamos dar una lectura sistémica al fenómeno, complejizando el valor del TCA a través de las tres diferentes narrativas que son un discurso sobre el desarrollo, trayectoria y dificultades de la Anorexia Nerviosa a nivel individual.

En este contexto, se comprende la hipótesis que la AN se comporta como un síntoma que intenta drenar una situación que conflictúa a nivel psicológico en el sujeto. Asimismo, es de gran importancia traer en contexto que las redes de apoyo son casi nulas para estos sujetos.

Atendiendo que el sistema familiar se encarga de incursionar a las personas en el mundo social y cultural, trascendiendo de lo biológico. Por lo cual, la familia es la base y primer agente de respuesta ante contingencias de carácter emocional (sobre todo negativo), funcionando como soporte para el sujeto afectado. Empero, se debe destacar que en las narrativas más que omisión o desconocimiento, los familiares se muestran con alexitimia, es decir, son conscientes de la situación, pero la disfrazan porque no puede irrumpir la armonía del sistema.

Añádase a esto, que la familia tiene distintas demandas y necesidades, que se van por dos caminos: se suplen o son obstáculos para el sistema. Indiferentemente,

siempre habrá dinámicas relacionales que soporten dichos trayectos, que serán clave para el proceso de autonomía de cada miembro familiar. Se nombra el proceso de autonomía como clave para cada ser humano, ya que, un individuo que sepa organizar sus propios comportamientos, conocer y reconocerse dentro y fuera del sistema familiar, puede generar con facilidad alivios a las contingencias que se le presente en su ciclo vital. Asimismo, la autonomía es una necesidad psicológica que se quiebra al tener sentimiento de ineficiencia persona, afectando la construcción de la identidad y arremetiendo contra el cuerpo como el primer y único medio de cada sujeto, para adherir consecuencias emocionales. Con esto, se involucra a la motivación como proceso dinámico interno, que moviliza al sujeto a responder sobre las necesidades psicológicas inherentes (como la autonomía); y se identifica que el malestar en el sistema familiar, son la fuente motivacional o los estímulos que hacen que un individuo se active a una conducta (las acciones que provocan y mantienen la AN).

Por otro lado, se consideraron las emociones y regulaciones de las mismas, comprendiendo que estos aspectos en las tres mujeres se comprimieron durante mucho tiempo (y aún es así), gracias al menguado acompañamiento familiar, lo cual, es primordial para atender cualquier contingencia; sobre todo de carácter emocional negativo, como lo es la pérdida en cualquier sentido. En esta línea, también se analizó una posible fracturación de la empatía, porque el individuo al presentar obstáculos para expresar y regular su ira, tristeza, felicidad y demás emociones; es probable que su habilidad de resonar con el otro (cualquier individuo), será disminuida en gran medida. Entendiendo la empatía, como resonancia afectiva con los sentimientos de los demás y de tomar consciencia de su situación de manera cognitiva. Esto, no significa que las personas con

AN no sean empáticas, sino presentan bajos niveles de autorregulación emocional que no les permite concentrarse en “los pies del otro”.

## **Implicaciones de la investigación**

### **Aportes a la comunidad**

A través del análisis de caso yuxtapuesto a la literatura, se han logrado avances en evitar que los TCA y en este caso la AN, sea un fenómeno generalizable. Al contrario, se busca que sea acatado por la investigación y por la sociedad, como un aspecto trabajado de manera individual, abordando cada historia a nivel contextual, con la predisposición, desarrollo y mantenimiento; identificado factiblemente los caminos para solucionar el TCA y dar calidad de vida a las personas diagnosticadas.

Asimismo, se busca dejar claro que la AN no es solo por la demanda de un estereotipo corpóreo, sino es una forma de drenar experiencias con alta carga emocional que viven las personas diagnosticadas, sumado a la baja red de apoyo que se presentaron en estos casos. Sin dejar de lado que las apreciaciones biológicas, socio-culturales y psicológicas del caso; son una visión de causa-efecto del fenómeno y no permiten desligar la complejidad del mismo.

### **Continuidad del estudio**

Se proyecta, una investigación mixta (cuantitativa y cualitativa) que resulte con datos sobre el proceso de la empatía y el valor de la familia, en más casos de Anorexia Nerviosa y otros TCA que pueden lograr tener un comportamiento similar como fenómenos sociales.

## Fuentes Bibliográficas

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing.
2. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk Dimension s and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51 (4): 518-25
3. Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M., Raich R. M. La epidemiología y los Dimensiones de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp.* 2012; 27, (2), 391-401.
4. Klump KL, Keel PK, Sisk C, Burt SA. Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychol Med* 2010b; 40 (10): 1745-53.
5. Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML. Thelarche, Pubarche, and Menarche Attainment in Children with Normal and Elevated Body Mass Index. *Pediatrics* 2009; 123 (1): 84-8
6. Tremblay L, Lariviere M. The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eat Behav* 2009; 10 (2): 75-83.
7. Corsica JA, Hood MM. Eating disorders in an obesogenic environment. *J Am Diet Assoc* 2011; 111 (7): 996-1000.
8. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective Dimension s for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med* 2007b; 33 (5): 359-69.
9. Iniesta. S, sf. La auto exigencia. Budismo Tibetano

10. Julie Shaw & Glenn Waller (1995) The Media's Impact on Body Image: Implications for Prevention and Treatment, *Eating Disorders*, 3:2, 115-123, DOI: 10.1080/10640269508249154
11. Rosa Behar A, Gloria Gramegna y Marcelo Arancibia M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2014; 52 (2): 103-114
12. María Luz Scappatura, Germán Bidacovich, María Belén Banasco Falivelli y Guillermina Rutzstein. Dimensions of perfectionism (adaptive and maladaptive) in adolescents with eating disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* (2017) 8, 131-141.
13. TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
14. Esteban, M. (2004). *Antropología del Cuerpo*.
15. Plaza, Juan F. Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género *ICONO 14*, Revista de comunicación y tecnologías emergentes, vol. 8, núm. 3, (2010), pp. 62-83 Asociación científica ICONO14 Madrid, España
16. VENTURA, L. (2000). *La tiranía de la belleza: las mujeres ante los modelos estéticos*. Barcelona: Plaza Janés.
17. Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., Jiménez, V. (2007). Dimensiones psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de lima metropolitana. *Psychology International*, Volume 18, Number 4, Appendix.

18. Fernández Lora R, Valdés-Díaz M. Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa. Variables asociadas: autoestima, impulsividad, culpa y miedo a la madurez. JONNPR. 2019;4(9):887-909. DOI: 10.19230/jonnpr.3002
19. Madruga SW, Azevedo MRd, Araújo CL, Menezes AMB, Halal PC. Dimensions associated with weight loss dieting among adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad Saude Publica 2010; 26: 1912-20.
20. Stice E, Davis K, Miller NP, Marti CN. Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: A 5-year prospective study. J Abnorm Psychol 2008; 117 (4): 941-6.
21. Amengou, E. y Giner, M. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria desde la logoterapia y viceversa. Nous, 16, 39-60. Recuperado de [http://www.logoterapia.net/uploads/nous16r\\_2190143.pdf](http://www.logoterapia.net/uploads/nous16r_2190143.pdf)
22. Martínez, (2005, 2011) buscar
23. Rodríguez, S., Mata, J. L. y Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. Clínica y Salud, 18, 99-118.
24. Marta B. Rondón (2009) Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. 03-52. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
25. Pascual-Jimeno, Aitziber; Apodaca-Urquijo, Pello; Etxebarria-Bilbao, Itziar; Cruz-Sáez, Maria Soledad Diferencias en la frecuencia de experiencias emocionales

positivas y negativas en mujeres con distintos tipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, vol. 28, núm. 3, octubre, 2012, pp. 743-752

26. ¿Qué autoridad hoy? – Laure Naveau

27. Marina Gallego Jiménez, Silvia Holguera Ortiz, María Nieves Moro Tejedor, Mariella Esther Pareja Rodríguez, Montserrat Graell Berna, Azucena Pedraz Marcos. Significación de la autolesión no suicida en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Nure Inv.* 14(90), noviembre 2017, pp. 1-9.

28. Rosa Behar , Marcelo Arancibia, Cristóbal Heitzer, Nicolás Meza. Body dysmorphic disorder: clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa. *Rev Med Chile* 2016; 144: 626-633

29. D'Ángelo Hernández, Ovidio S. Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *CIPS, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas* 2004; 17: 2-19

30. Bozhovich, L.I- La personalidad y su formación en la edad infantil. Edit. Pueblo y Educación. La Habana, Cuba, 1976

31. Sandra Pinto González, Susana Martín Gutiérrez, Ignacio Jáuregui-Lobera, Griselda Herrero Martín. Evaluación de la saciedad en personas que han sufrido trastornos de la conducta alimentaria. ISSN-e: 2529-850X Volumen 4 Número 8 pp 806-828 AGOSTO 2019.

32. Pedro Javier Cuenca Cano et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria 21 (2015) 2237-2259
33. Vellisca, M., Latorre, J.I., Orejdo, S., Gómez del Barrio, A., Moreno, L., & Checa Esquiva, I. (2016). Motivo de abandono del tratamiento desde la perspectiva del paciente con un trastorno de la conducta alimentaria. *Universitas Psychologica* , 15 (4).
34. Hernández, A (2008). Vínculos, Individuación y Ecología Humana. Hitos para una Psicología Clínica Compleja. Editorial Universidad Santo Tomás
35. Zuroff, D., Koestner, R., & Moskowitz, D. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new non-specific predictor of outcome in brief treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 17, 137-148.
36. Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic
37. Morin E (1998). Epistemología de la Complejidad en Schintman., D. F. (1998)
38. Rodríguez, D y Serna A. (2015) Modelos de Aprendizaje y Cambio. Cap VII
39. Hernández C., A, (2010). Vínculos, individuación y ecología humana. Cap. 8
40. Hernández A., y Estupiñán J. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2008). "Lineamientos técnicos para la inclusión y atención de familias". Bogotá: ICBF. Primera parte, caps. III, V, VI y Segunda parte, cap. III.
41. Hernández A, (1998) Familia y ciclo vital. Cap. 1

42. Friedman, S. (Comp.) (2005). Terapia familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración. Madrid: Amorrortu. Cap. 1.
43. I. Mena-Gómez J. Cadena-Estrada y D. Troncoso-Pérez. Intervención de Enfermería en una familia mexicana con Dimensiones de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas. Programa de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., 31 marzo 2014.
44. Compañía. V. (2012) El genograma en la terapia familiar. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Barcelona.
45. Mellor D, McCabe M, Ricciardelli L, Merino ME. Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of socio-cultural Dimensions. Body Image 2008; 5 (2): 205-15.
46. Johanna Raquel Sala. Anorexia nerviosa: perfil familiar. La incidencia de la familia en la enfermedad. Facultad de Humanidades Licenciatura en Psicología. 2008; 7-31.
47. Chandler, E (2001, Julio). Escisión y contexto en la anorexia nerviosa. Revista Actualidad psicológica, 288, 13-14
48. ICBF. Lineamientos Técnicos para la Inclusión y Atención de Familias. Primera edición, febrero de 2008.
49. Hernández, A. (2005). La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: intenciones y realidades.

50. González-Macías, Laura, Romero, Martha, Rascón, María Luisa, & Caballero, Alejandro. (2013). Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud mental*, 36(1), 33-39.
51. Guapacho. D (2017) *COMPRESIÓN DE LAS DINÁMICAS VINCULARES ENTRE ADOLESCENTE, FAMILIA E INSTITUCIÓN EN TORNO A LA AUTONOMÍA RELACIONAL EN UNA JOVEN QUE HA VIVENCIADO UNA ADICCIÓN A SPA*. UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD FACULTAD DE PSICOLOGÍA 6-76.
52. Palmero, F., Guerrero, C., Iñiguez, C., Ballester, A. & Gorayeb, B. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivaciones*. Universitat Jaume Cap. 1 (pag. 9-34)
53. Reeve, J. (2010) *Motivación y emoción*. Madrid: Mc Graw-Hill. Cap 6 y 7 pags. 105-151
54. Jaramillo Amores, C. P. (2012). *Análisis sobre la construcción de la identidad en la modernidad de mujeres adolescentes que sufren de anorexia y bulimi* (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).
55. Chóliz (2004): *Psicología de la Motivación: el proceso motivacional*. <http://www.uv.es/~choliz>
56. *VINCULARTE*. Revista Clínica y Psicosocial. Año 2, No 2 (73 - 88), II semestre del 2016
57. Ricard. M (2016) *Empatía, altruismo y compasión*. Matthieu Ricard Blog. Recuperado de <https://www.matthieuricard.org/es/blog/posts/empatia-altruismo-y-compasion>

58. Coronel M (2007) Trastornos de la conducta alimentaria, desde el punto de vista sistémico. Universidad de Azuay Ecuador

## Anexos

### Transcripción relato de Ana

#### Ana

A continuación, se presenta el relato biográfico de la mujer quien se llamará “Ana” y su experiencia con el trastorno alimenticio de anorexia nerviosa.

#### *El odio y el miedo sumergidos en un cuerpo*

- Buenas tardes Ana, mi nombre es María Paula Henao Peralta soy estudiante de psicología de la Universidad Externado de Colombia. Estoy en proceso de elaborar mi trabajo de grado, por lo cual haremos esta entrevista en modo de relato biográfico, para que me cuentes tu experiencia con la anorexia, la trayectoria y las dificultades; ya que el tema a trabajar es “El fenómeno de la empatía en personas adultas con anorexia nerviosa, a partir de la vivencia con el estigma asociado al trastorno alimenticio”.

Hola, en cuanto a mi trastorno de alimentación recuerdo mucho cuando estaba en séptimo, octavo y noveno que tuve problemas con mi peso. Desde muy chiquita, tuve que ir mucho al pediatra porque tenía problemas de peso, porque me empecé a desarrollar desde los siete años, me iba llegar el periodo, entonces me lo tuvieron que detener con hormonas. Por esto, estuve un año y medio yendo al pediatra y demás médicos para que darme hormonas y no desarrollarse a temprana edad. Esto, provocó que me empezara a subir de peso y también desde muy chiquita me pusieron en dietas, a los cuatro o cinco años yo estaba haciendo dietas, lo cual me ayudo a bajar mucho de peso, pero tenía mucho efecto rebote de subir y bajar de peso constantemente. Yo trataba de hacer mucha actividad física, pero en séptimo, octavo y noveno, me subí mucho de peso y yo les escuchaba mucho a las personas decirme que estaba gorda, no

solo a mi mama, sino también a personas en el colegio como una amiga que siempre me criticaba todo lo que tenía, me criticaba mi cabello, mis medias, mi letra, creo que hoy en día a ella no le gusta absolutamente nada mío y no sé por qué sigo siendo amiga de ella. Pero haciendo un análisis hace poquito, siento que gracias a ella ahorita yo tengo muchas inseguridades, demasiadas; en cuanto a mi físico, en cuanto como hablo, absolutamente todo. Todo lo que tengo, ella siempre me ha criticado.

- ¿Por qué haces ese análisis de tus inseguridades?

Bueno, cuando estaba en noveno yo tenía catorce años y fui a los quince de una compañera del salón en ese entonces, ella cumplía exactamente el 31 de octubre entonces el tema evidentemente era una fiesta de disfraces, yo me disfracé de bruja y toda la noche estuve muy tranquila, hasta que nos tomaron fotos y las subieron a Facebook, cuando esto pasó yo me vi muy gorda, mi cara, mis brazos, mis piernas, mi estómago y literalmente me dio mucho asco, yo no podía ver eso. Tras del hecho me etiquetaron en estas fotos, entonces yo le pedí a mi amiga que las borrara o me quitará la etiqueta, porque yo no podía verme así. Luego de esto, guarde las fotos en mi computador y nada.

Luego otro día, fui a comprar ropa con mi mamá y me estaba midiendo un pantalón que era talla 14 y pues eso es muy grande, mi mamá en ese momento me dijo Ana “estás muy gorda” y yo me encerré en el vestidor a llorar en Zara. En esta época tenía 14 años, y ya se estaba acabando el año por lo cual empezaron las vacaciones, y yo por lo general no salía tanto porque mi abuela me cuidaba y estaba conmigo todos los días, en esta época deje de comer, corte la comida de la noche a la mañana, porque definitivamente no me podía ver al espejo, cuando me bañaba yo no bajaba la mirada para ver mi cuerpo, le pedí a mi mamá que me quitara el espejo de mi cuarto, porque no podía salir de la ducha y verme desnuda. Dure mucho tiempo cubriéndome y sin bajar la mirada a mis senos, mis piernas, mi estómago, mis brazos; cuando pasaba y había un espejo en la calle, evitaba mirarme porque me daba asco. Evidentemente mis papas se dieron cuenta

de esto y que dejé de comer, porque mi abuela les dijo que le preocupa, además porque empecé a excederme con el ejercicio, hacía mucho ejercicio en mi casa, También, me acuerdo que con una crema depilatoria nos habían dado unos parches para reducir peso, entonces me puse esos parches y con estos hacía ejercicio por la mañana, por la tarde y por la noche; hacía abdominales, corría, trotaba, montaba bicicleta. Porque los parches pasaban electricidad con el ejercicio y eso, hacía bajar de peso, por lo cual me los ponía en el estómago, porque es la parte que más me ha afectado, lo odio.

Cuando mi abuela le contó todo esto a mis papas, que no comía desayuno, almuerzo y cena; ellos me empezaron a obligar a comer, literalmente me obligaban a comer, asegurándose que yo introdujera la comida en mi boca y que pasara. Aquí, intentaba vomitar, pero no podía entonces me empecé a subir de peso de nuevo.

Empecé a buscar técnicas para evitar comer, entonces después de dos semanas mis papás dejaron de ponerme atención y volví a dejar de comer, cuando salíamos en familia yo pegaba solo un mordisco a la hamburguesa, dos cucharadas de comida y ya no más. Volví a bajar de peso en décimo, la gente me decía que estaba muy flaca, demacrada, con ojeras y a mí eso no me importa, me hace sentir bien y me gusta verme así, me encanta. También, empecé a buscar en blogs como Tumblr tips para bajar de peso y varios decían que cuando me obliguen a comer, moviera el pie de arriba a abajo mientras comía, porque esto afecta el metabolismo a procesar la comida más rápido y así no tener tanto efecto en el cuerpo. En realidad, encontraba y leía cosas terribles, de experiencias de otras personas, pero para mí esta enfermedad o lo que sea no es algo malo.

- ¿Recuerdas el momento en que fuiste diagnosticada?

Llegó un punto donde todo se salió de control, porque mi hermano se dio cuenta y les contó a mis papas que yo no estaba comiendo. Desde ese momento me empezaron a llevar al psiquiatra, pero primero fue una cita de medicina general porque el sistema de salud aquí es así. Me empezaron a medicar con fluoxetina y me tocaba hacer un diario sobre lo que comía al día, mis actividades y hábitos, los pensamientos que tenía y demás. Me prohibieron cerrar puertas, me empezaron a controlar demasiado y me tocaba tomar

los medicamentos, aunque estos me hicieron deprimir demasiado y comencé a cortarme los brazos, tobillos y demás, de hecho, todavía tengo muchas cicatrices de eso a pesar que fue hace trece años, cuando tenía quince.

- ¿Cómo continuo tu vida después el diagnóstico?

Bueno, seguí yendo al psiquiatra y la verdad no mejoraba, me decían que me iba a hospitalizar y yo no quería eso entonces empecé a comer un poquito más, para demostrarles a mis papas que no necesitaba estar hospitalizada. Más adelante a mis dieciséis años, la ansiedad bajó un poco y empecé a comer, pero me subí de peso. Un año después entré a la universidad y en ese entonces estudiaba marketing en la Sergio Arboleda, allí me encontré con todo tipo de mujer y eso me deprimió porque todas era divinas, monas, con cola y senos grandes, pero abdomen súper delgado; yo quería ser así. Entonces empecé a ir a yoga, hacer pilates, salía siempre a montar bicicleta, pero todo exagerado, sin embargo, no veía resultados, me veía una papada asquerosa, no podía con mi estómago, siempre lo he ocultado porque siempre me hago una idea de lo que piensen de mí y si me siento, la persona va poder ver mis gordos y piernas asquerosas. Yo nunca había tenido un novio, entonces pensaba que por estar así de gorda nunca había podido establecer un vínculo de pareja con nadie.

Cuando me salí de estudiar de la Sergio Arboleda, me di un año sin estudiar y mis papas estaban muy estresados porque me estaba cortando mucho, al punto que un día me llevaron de urgencias a la clínica nuestra señora de la paz que queda en la zona industrial, pero afortunadamente no me dejaron hospitalizada. Después buscamos ayuda particular y la psiquiatra me remite a un centro llamada Equilibrio que queda en la 127, nosotros fuimos, ya era mayor de edad y por ley mi EPS debía cubrir un tratamiento y me hicieron muchos exámenes. Después de tener resultados no me dejaron volver a Equilibrio, sino me remitieron a un lugar que se llama Instituto Nacional de demencia Emanuel, no estaba interna pero sí en tratamiento toda la mañana. Para pasar el tiempo ocupada en la tarde empecé a trabajar y allí nadie supo nada. Pero mira el nombre del instituto “centro de demencia” yo era la primera persona con trastorno alimenticio y

joven, porque todas las personas eran de cincuenta años para arriba y no entendía porque me mandaron para allá. Sin embargo, los psiquiatras trataban de colaborar, me mandaron al nutricionista y esto me estresa mucho porque odio que me pese, lloraba demasiado antes, durante y después de las sesiones; además, la nutricionista me dijo que mi peso debía ser 55 kilos y yo me quede con ese número en la cabeza y hoy en día, ese sigue siendo mi número ideal. Sin embargo, mi mayor estrés era el lugar donde estaba, porque nadie me entendía por todo lo que pasaba y no veía progresos, y seguía tomando medicamentos, pero ya pasé de fluoxetina a sertralina y me tenía que tomar dos pastillas con cada comida. También sentía que en el instituto me observaba demasiado, cada vez que comía o cuando iba al baño y eso me causó mucho estrés, al punto de arrancarme el cabello y seguir cortando mi cuerpo; algo que también hacía era enterrarme las uñas, por eso las mantengo largas y me da mucho fastidio si se me parten las uñas.

Luego me salí voluntariamente del lugar, me desesperaba el olor, las personas y demás, en realidad fue la peor experiencia de mi vida.

Un año después entré a la Universidad Externado, allí conocí un chico y fuimos novios y él supo toda mi historia, pero no me decía mucho. Todo empeoro cuando él se tuvo que ir del país, yo me deprimí mucho, volví a esquivar todas las comidas diarias y baje mucho de peso por no tenerlo cerca. Tuve ataques de ansiedad, no pude conmigo misma y estuve incapacitada un mes porque yo no quería vivir más, me quería suicidar; yo misma compré la cuchilla para cortarme las venas, no podía verme al espejo aun teniendo veintitrés años. Tuve que hablar con él y me decía: “deja de hacer todo esto al menos por mí”, pero hoy me doy cuenta que, al hacer intentos de mejorar, siempre es por otras personas y no por mí, porque yo quiero morir con esto, no quiero dejar de hacerlo porque no le veo algo malo, y me estresa que nadie lo entienda.

También, en la época de la Universidad empecé a inhalar cocaína porque leí que esa droga hace mover el sistema digestivo y bajaban de peso, eso generaba burla en mis

amigos, pero solo era en fiestas o ambiente de rumba. Deje esto, porque no quería joderme la vida y la de mi mamá, no quería terminar de indigente.

Mi abuela falleció hace dos años y eso, fue la excusa perfecta para que mi familia me obligara a dejar mi trastorno e intentos de suicidio al cortarme, porque mi abuela era mi vida entera, ella me consentía todo hasta cuando fui vegetariana era la única que me cocinaba, y mi mamá me decía que el mejor homenaje era comportarme mejor. Sin embargo, no me importaba mejorarse aun sabiendo que se me cae mucho el pelo, tengo uñas débiles, dientes amarillos y sensibles. Pero de resto nunca me ha pasado nada al punto de la muerte, sin embargo, sufro mucho, odio mi cuerpo. Durante el luto de mi abuela, recuerdo que tome mucho alcohol y cocaína, pero ya no hago eso porque el alcohol me engorda y las drogas me llevan a la indigencia. Solo uso cigarrillo para calmar la ansiedad del hambre.

-¿Cómo ha sido la forma de relacionarte en medio de la Anorexia?

En cuanto a mis vínculos, mi amiga del colegio que siempre me ha juzgado nunca supo nada, hasta que mi hermano se encargó de divulgar el chisme porque mi mamá no me dejaba salir de la casa para tenerme controlada, en ese momento se enteró todo el mundo. Lo más chistoso es que creían mi trastorno era desarrollado porque soy fan de Demi Lovato y ella es igual, pero no tiene nada que ver. Eso fue detonante porque siempre vivo observada por las personas que saben mi condición, eso me tienen mamada, quiero tener mi privacidad. En el colegio me regañaban mucho, en cambio en la universidad he sido burlada por las pocas personas que saben, en cambio mi mejor amigo, quien llora conmigo y no me obliga a dejar eso, él realmente me entiende.

Algo que siempre me saca la piedra, es que me den ordenes como lo hacía mi ex novio, me daban ganas de pegarle patadas cuando me obligaba a comer algo. Sin

embargo, como ya conté, dejé de hacer todo esto por un tiempo y él estaba muy feliz, aunque en el fondo siempre buscaba la manera de adelgazar.

Otro tema, es la relación con mi hermano él dice que soy una basura de persona, yo siento que mis papas me odian porque ellos han tratado de hacerme la vida sencilla en muchos sentidos, y yo soy la que ha jodido todo. Nuestra relación en casa es muy mala, mi hermano me trata mal, me dice gorda todo el tiempo y por eso casi no hablamos. En realidad, en mi casa ya perdieron el interés por mí, ya no me exigen mejorar mi vida, solo que deje de hacerles la vida imposible porque mi mama en silencio sufre mucho por mí, y a mi papá le enfurece eso.

En la universidad sigo siendo muy descarada, porque el libertinaje me permite no comer, rumbear tres días seguidos, no cumplir con hábitos y responsabilidades, y eso me gusta a pesar de que sufro demasiado porque es mi cuerpo, es mi vida y siento que todos lo toman de burla. Igual, me da miedo contarle esto a las personas, porque me siento muy observada, juzgada y burlada; además, que me ven como una persona fea y gorda. Lo que desencadenó esto, fue que la decana de mi facultad me juzgo por mi condición, al punto que llore un día horrible porque la señora leyó mi historia clínica y me dijo “¿anorexia? ¿tu? no parece”.

-¿Cuál es tu mayor incomodidad para haber desarrollado la anorexia y cómo vives ahora?

Siempre he tenido un dilema con la ropa, siempre me ha molestado vestirme muy suelto o muy apretado y no sé qué tipo de ropa usar porque siento que me voy a ver como un chicharrón o un chorizo apretado horrible, o si la ropa está suelta no me veré sexy. Por esto, siempre tengo problemas con mi mama y ella ahora prefiere darme la plata para que yo me amargue sola y no le amargue la vida a ella.

Hoy en día disfruto más la comida, mi mamá cocina muy rico y generalmente desayuno fruta, almuerzo lo que me empacan en un recipiente pequeño y de noche como carne con ensalada o algo así ligero. Siempre estoy tomando agua, fumando para no sentir hambre y no esquivó tanto la comida, porque no quiero engordar con las reservas de grasa de mi cuerpo.

*Noviembre 07 del 2018*

### **Transcripción relato de Bianca**

A continuación, se presenta el relato biográfico de la mujer quien se llamará “Bianca” y su experiencia con el trastorno alimenticio de anorexia nerviosa.

#### ***Siempre se vuelve a donde comenzó todo***

- Buenas tardes Bianca, mi nombre es María Paula Henao Peralta soy estudiante de psicología de la Universidad Externado de Colombia. Estoy en proceso de elaborar mi trabajo de grado, por lo cual haremos esta entrevista en modo de relato biográfico, para que me cuentes tu experiencia con la anorexia, la trayectoria, las dificultades; ya que el tema a trabajar es “El fenómeno de la empatía en personas adultas con anorexia nerviosa, a partir de la vivencia con el estigma asociado al trastorno alimenticio”.

Hola a todos los que me escucharán, mi nombre es Bianca. Pues bien, no es una historia muy linda lo que voy a contar, pero para mí es todo lo que me ha formado como mujer hoy día.

Todo mi problema comenzó cuando estaba iniciando la universidad, uno es demasiado ingenuo y siempre quiere tener muchos amigos, tener un novio y mucha rumba jajaja... eso fue lo que viví, una época llena de cosas sin sentido, hasta que en tercer semestre. Ah sí, estude en la Universidad Javeriana odontología. Bien como te decía, en tercer semestre tuve una situación en la cual quedé embarazada, con tan solo dieciocho años de edad. Esto me impactó mucho, aun teniendo mi novio, Camilo, con quien llevaba desde primer semestre, pues no era mucho tiempo, pero tampoco era un aparecido cualquiera. Jajaj oye esto es súper incomodo, porque la época de la universidad no es la que quisiera recordar. En fin, me enteré un lunes que estaba embarazada y solo lloraba sin saber que hacer... pues a ver te explico, yo vivía sola porque mis papás son de acá de Guaduas, entonces yo vivía sola en un apartamento pequeño sobre la séptima con cuarenta y siete, y me enviaban plata para comer y algunas necesidades más. Entonces, si yo llegaba con la noticia de mi embarazo, me iban a matar literalmente, me iban a quitar todo y no podría terminar odontología, incluso me tendría que separar de Camilo y yo... estaba realmente muy enamorada.

Pasaron dos semanas... por Dios recuerdo todo perfecto, ¿eso será bueno? A las dos semanas, Camilo me entregó cuatro pastas que me harían abortar, yo no estaba segura de eso, pero al parecer él sí. Siendo un miércoles y ya con un mes de embarazo me tomo dos pastas y las otras dos vías vaginales, todo esto ocurrió en la casa de él. Pero yo, quede totalmente devastada tanto física como emocionalmente, sentía que me quería suicidar porque había matado una vida, la de mi propio hijo, incluso le hice una carta pidiendo perdón... pero creo que la bote o tendría que buscarla. En fin, ese fue el pro día de mi vida hasta el momento, además que en el fondo camilo y yo sabíamos que eso en lugar de unirnos más, nos haría acabar con la relación. Éramos unos niños aún, peleamos por tonterías, no creo que hubiésemos superado el perder un hijo por simple miedo al futuro.

Después de eso que te cuento ya no fui la misma, me ponía histérica por todo, me empezó a ir mal en la universidad, ya no quería salir, solo quedarme en mi casa con un pijama y ver netflix, no quería hacer nada más. Camilo como era de esperarse, me dejó, lo cual me hizo entrar en una depresión profunda. Pasaron dos meses y yo seguía así,

la cosa era que académicamente estaba comenzando el semestre y en esos dos meses no hice nada, lo que bajo mi rendimiento completamente. No tenía ningún soporte, mi única ayuda era mi novio, pero él se fue, y pues... no podía contarle a mi familia lo que me había pasado, porque más miedo me da ser juzgada por un aborto que por un embarazo. Mi familia siempre ha sido de pueblo, muy conservadora. Básicamente estaba destrozada, me decía a mí misma muerta en vida, y lloraba cada segundo por la culpa con mi hijo. Siguieron pasando los días y como toda mamá, la mía es bruja y sabía que debía llegar. Un buen viernes a las ocho de la mañana, llegó mi mamá a mi apartamento y se sorprendió en la cochinada donde yo vivía, además de verme sin nada listo para irme a estudiar –ella sabía mis horarios-. Al ver esto, mi mamá supo que algo andaba mal y lo único que se me ocurrió fue meter a Camilo como el culpable, nunca le conté lo del aborto, le inventé una infidelidad por parte de él, para que se justificará más la depresión en la que andaba.

Mi mamá se quedó hasta que se acabó el semestre conmigo, pero era una tortura porque quería llorar y ella dormía conmigo, e incluso empezó a obligarme a comer y a concentrarme en la universidad y yo sencillamente no podía. Digamos que mi problema de alimentación comenzó a raíz de todo esto, porque deje de lado mi alimentación, era extraño porque el mes que estuve embarazada comí todo lo que pude, porque quería alimentar a mi bebe. Pero después de esto, no le veía sentido a nada, ni siquiera a bañarme, es como que en la vida necesitamos motivación para todo y yo realmente no tenía ninguna, hasta se me había olvidado el por qué entré a estudiar odontología... no quería nada con el mundo, todo me asqueaba. Bueno ya que toque lo de mi carrera, mi sueño era estudiar odontología y montar un consultorio acá en Guaduas, porque la salud acá es mala y yo quería poner precios bajos con buena calidad, y algún día ser millonaria para tener una fundación de labio leporino. Pero digamos que todo se fue al piso, no quería nada solo quería la fuerza para poder matarme, me asqueaba mucho el mundo, pero no era tan odiosa con mis papas de hacer esas cosas. Entonces mi salida fue dejar de comer y pague un año de gimnasio, no sabes lo delicioso que la pasaba en el gimnasio, yo no me iba hasta que ya las piernas me temblaran o hasta que estuviera roja a estallar del cardio. En realidad, me hacía muy muy muy feliz masacrarme haciendo

ejercicio y aunque sabía que me comía una vaca, no comía nada y hacía eso en la noche para solo bañarme y dormir.

-Cuéntame más sobre tu rutina diaria

Digamos que mi rutina era despertarme, desayunaba fruta con granola y yogurt, o arepa con queso. Luego en la universidad almorzaba el menú del día, para no morir en el gym antes del ejercicio me tomaba un café y listo, hasta el otro día. Con esto pues digamos que me empecé adelgazar mucho, y para la ansiedad de la comida a veces fumaba uno que otro cigarrillo, claramente era una combinación explosiva con el gimnasio, pero trataba pues de fumar en días que hacía poco cardio. Digamos que así empezó a ser mi día a día y cada vez con más reducción en los alimentos, osea a veces no comía el desayuno o incluso el almuerzo. Todo esto, empezó hacer alarma cuando me desmaye sola en mi casa y supe que algo andaba mal, perdí la noción del tiempo y es como si me hubiese quedado dormida horas en el piso de mi cocina, fue extraño, pero bagggg al final no le puse atención, incluso pensé que podía ser consecuencias del aborto.

-¿Tenías alguna persona en la que te pudieras apoyar en ese momento?

Ahora que lo pienso y me cuestiono, estaba completamente sola, desde que mi ex me dejó no quede con nadie en el mundo, estaba completamente sola y mi refugio solo era el gimnasio, y aun allí no tenía ni contacto con los entrenadores, no conocía a nadie y hacía mis ejercicios con una aplicación que da el gimnasio cuando pagas el año entero.

Bueno algo importante de contar, fue unas vacaciones de mitad de año que salí de la universidad y me vine a Guaduas, pues para descansar y esas cosas. Quería desconectarme del mundo, pero uish es súper difícil desconectarse de la cabeza. Obviamente seguía con esas ridículas rutinas alimenticias, de no comer nada o muy poquito y de hacer ejercicio, aunque me costaba más allí por ser tierra caliente y en realidad dormía mucho. Para dormir todo el día me auto medicaba amitriptilina y solo con media pasta quedaba full dormida. Así no sentía hambre y mis papás creían que era por la carga académica y me dejaban dormir hasta dieciocho horas.

Todo cambio, el día que fui a visitar a mis abuelas acá en el pueblo, hubo un día que pareció una guerra de Troya o algo así... mi abuela materna y paterna viven en un asilo acá en el pueblo y cuando fui a verlas se emputaron literalmente, porque estaba súper flaca y mi mamá de chismosa ya les había dicho que no comía sino solo dormía. Como toda abuela bien bruja, supieron que algo andaba mal -cosa que mi mama nunca pudo- y me mandaron al médico. Te juro que no dure más de dos semanas acá en el pueblo y me devolví a Bogotá con mi mamá, porque me sacó ochenta mil citas con médicos, literal vivía metida en Comesar. Desde médico de familia, hasta neurólogo.

El caso, es que termine obviamente remitida en psiquiatría, y me toco con una loca peor que yo típico de médico de seguro. La vieja solo quería obligarme a cambiar de parecer, en serio la gente no toma en serio un desorden alimenticio, nadie lo hace porque lo ven ridículo, es como mmm oye debes sentir hambre y cuando sientas trágate ocho hamburguesas y así tampoco es. Es algo que va más allá de no comer y hoy Paula yo te cuento que mi mayor duelo fue el perder mi bebe, por mi propia decisión y lo sobrelleve con mi adelgazamiento. No fue una fórmula mágica, solo que nadie sabía, obviamente a ningún médico le conté del aborto, porque aún es algo que me aflige bastante, entonces imagínate en ese momento, además que me da miedo las implicaciones legales que eso pueda tener.

El caso es que desistí de cualquier tratamiento médico, y con mi buen poder de convencimiento mis papas accedieron a dejarme en paz por esa parte. Pero si me obligaron asistir a retiros espirituales cada tres meses ¿por qué? no por Dios, sino porque

en esos retiros esas monjitas le embuten a uno comida hasta reventar el botón, y vaya uno no les reciba, ja.

Yo seguí con esta rutina de vida, porque igual mis papas siempre han tenido su vida acá, entonces yo seguía viviendo sola y mis hábitos de alimentación eran iguales, mi gimnasio seguía, y pues continué con mi carrera, pero uish sí que me dio muchos dolores de cabeza, empezando porque solo tenía dos amigas con las cuales los únicos temas eran académicos, y terminando con que odiaba tener contacto con la gente. A mí siempre me ha fascinado estar sola en mi casa en mi espacio y mis pensamientos.

-¿qué pensamientos?

mmm pues siempre fantaseo mucho, con una casa gigante, un esposo, muchos hijos, yo fantaseo con ese momento que te propongan matrimonio, con que me haga una prueba de nuevo y pueda gritar que tendré un bebé. Pero es algo que a estas alturas de mi vida no he tenido, por eso aun fantaseo con eso jajaja. Aaa y también amaría hacerme cirugías estéticas, como detallar mi tabique y aumento de senos, pero pues la economía no da para tanto en este momento, es ridículo que lo siga pensando a mis treinta y un años de vieja.

Bueno, pero me desvié de la historia, mira Paula yo te cuento esto ahora porque ya estoy bien, mi recuperación ha sido tan exitosa que ahora no son adicta a restringirme comida, llamo adicta porque parece una adicción el saber que comiste tantos platos al día, con cuantos alimentos saludables ingerí y demás.

-¿Cuándo fuiste diagnosticada?

Si fui diagnosticada a mis veintiocho años. Osea imagínate el tiempo que dure sin ninguna ayuda médica o espiritual, desde mis veinte años más o menos... ocho años luchando conmigo misma y no me había dado cuenta. Nunca me fijé que estaba perdiendo los mejores años de mi juventud, por estar encerrada en mi cuerpo, en mi

mente y en mi casa. Mientras yo veía que todos vivan borrachos y felices, yo era una amargada compulsiva con recetas saludables o con el ejercicio. Juepucha, nunca me voy a cansar de darme golpes de pecho, por lo pendeja que me comporté. Fue hasta que maduré un poquito, que por mis propios méritos fui a un psicólogo, este me remitió a un psiquiatra todo fue por Compensar plan complementario, incluso aun voy en la Clínica Reina Sofía en Bogotá y me atiende la psiquiatra... eso me da alegría de que yo misma he salido adelante y no tuve que llorarle a nadie para superar mi trastorno o como lo quieran llamar. También tengo una amiga nutricionista que conocí cuando estudiaba en la javeriana, quien es coaching y me ayuda como a pensar más en alimento que en gordura. Así poco a poco fui saliendo, claramente me estoy saltando muchas dificultades que tuve, como desmayos recurrentes, muy poquita energía sobre todo en mi preciado gimnasio, solo quería dormir incluso sin ayuda de la amitriptilina, y mi vida decayó, no tuve pareja en todo ese tiempo y aún no consigo, después de mi ex Camilo no volví a tener nadie más. La verdad nunca me he sentido bonita y soy consciente que como me vea yo me va ver el mundo, y pues todos me ven horrible.

Pero más de ver mi vida sin ese brillo de los veintes, lo que cambio mi pensamiento y me hizo sentar en la tierra fue la muerte de una chica acá en Guaduas, ella era de una familia muy normal, católica, sencilla, amable y demás cualidades. Pero ella sufría de bulimia, aunque desde pequeña comenzó con anorexia y al crecer descubrió que vomitando había resultados más efectivos pues comenzó con vomitar hasta la bilis y falleció. Eso es muy triste y en parte escandaloso en un pueblo, porque es una muerte que se pudo detener y pues en estos ambientes, las muertes generalmente son de viejitos muy enfermos y no de niñas con desórdenes alimenticios. Este caso me conmovió y conmovió el pueblo, por lo cual meses después se abrió un curso como de prevención de suicidio, porque lo relacionaron con eso, aunque ustedes los psicólogos sabrán mas. Pero para mí, estas enfermedades son un suicidio solo pues a largo plazo, porque nosotras mismas somos quienes nos hacemos daño... en fin, a lo que va esto, es que en ese programa conocí a mi amiga Camila que ya conocerás luego, ella es hermosa de alma, pero a la vez muy complicada porque ella aún está en proceso de

resucitación como nosotras lo llamamos... Yo creo que nuestro animal espiritual es el ave fénix porque ha sido muy muy difícil levantarse de algo así, pero hemos salido de las cenizas; es que ¡Dios! La mente es jodida es muy jodida y te engaña mucho y no se puede controlar de la noche a la mañana, es una sensación que no tiene explicación alguna.

Lamentablemente mi amiga si tiene una historia parecida a la chica fallecida que te comenté, ella fue anoréxica hasta hace un año más o menos, ella es menor que yo, tiene veintinueve años y de un año para acá empezó a vomitar y trato de ayudarla, pero créeme una anoréxica no es buena consejera de una bulímica en inicio ajajaja. Pero pues bueno, vamos en el proceso y a mí me ha servido de terapia porque me he sentido la mamá de ella jajajaja esto me da risa nerviosa, porque soy consciente que a mí me falta mucho y quien diría, yo con tantos proyectos profesionales y personales, pero hoy en día soy una odontóloga común y corriente, que vive entre la psiquiatra, la nutricionista y ¡ah! por su puesto la iglesia.

-¿Cómo es tu relación familiar?

Bueno en cuanto a mi familia, con mi mamá y mi papá tenemos una relación supremamente neutral, siempre hemos sido distantes, pero a la vez unidos, es una ambivalencia rara pero cierta. Mis papas viven más pendientes de su relación, siempre han sido así, unos adolescentes enamorados hasta el día de hoy. Realmente eso es bueno, porque no tengo un núcleo familiar como que llaman “disfuncional”, pero hoy en día más allá de los treinta es frustrante vivir con tus papás después que tenías planeado un súper futuro. Por eso le puse ese título a la entrevista porque siempre se vuelve a los inicios, a las raíces. La vida en definitiva no se queda con nada y si uno obra mal o bien, va tener recompensas acordes a eso; tal cual me paso a mí: aborte, deje de comer, me enferme, me deje llevar... y véanme aquí tratando de salir adelante y ojalá conseguir un novio que me saque de esta soledad del corazón.

-¿Cómo es tu relación social?

Por ahora solo tengo dos amigas, solo así amigas, no grandes amigas... porque una es mi nutricionista y siempre me regaña más de lo que me aconseja, pero es porque me quiere. La otra amiga que es quien conocerás, con ella hemos ido al curso de prevención de suicidio y es una relación no tan cercana pero tampoco tan distante, hacemos planea de amigas, pero nunca van relacionados con la comida, porque ella aún está en un proceso complejo y baggg la verdad hablar de eso me da dolor de cabeza, yo quiero rescatarla, pero ella tiene una visión diferente del trastorno, ella si se siente obesa como un oso y déjame decirte, ahorita está en 42 kilos.

Bueno, en cuanto a tu interés inicial yo considero que el aborto fue mi principal causa del trastorno, mmm porque a ver no sé cómo explicarte... porque yo tuve muchos cambios de un día para otro literalmente. Cambios como hormonales, emocionales y físicos en general; yo he leído al respecto y eso puede generarte depresión por ese choque químico dentro de tu cuerpo, y yo literal literal sentía ganas de matarme. Esa época fue realmente muy dura por todo lo que tuve que atravesar, y sobre todo es más duro que hoy en día mi mamá y mi papá nunca supieron nada, fue algo que viví completamente sola y no creas, eso ahora y quita mucha energía.

Hablo así de mis papas, no porque no los quiera, sino porque realmente ellos es mi vida son más una figura como de autoridad... ¡Dios! Realmente nunca han sido confidentes o amigos, si fuera así estoy segura que no estuviese pasando por eso... y sí realmente pude pedirles su mano, pero siempre he tenido pánico sobre la imagen que tienen de mí y aunque actualmente sé que no es la mejor, siempre trato de ser hija ejemplar.

Realmente he tratado de ser muy transparente, pero no pues no tengo idea de que más decir, ahorita soy feliz porque empiezo a superar mis debilidades con la comida y con todo lo emocional que me ha implicado, pero pues si uno hace algo mal siempre es bueno volver al inicio y recapitular.

*04 de febrero del 2019*

### **Transcripción relato de Camila**

A continuación, se presenta el relato biográfico de la mujer quien se llamará “Camila” y su experiencia con el trastorno alimenticio de anorexia nerviosa.

- Buenas tardes Camila, mi nombre es María Paula Henao Peralta soy estudiante de psicología de la Universidad Externado de Colombia. Estoy en proceso de elaborar mi trabajo de grado, por lo cual haremos esta entrevista en modo de relato biográfico, para que me cuentes tu experiencia con la anorexia, la trayectoria, las dificultades; ya que el tema a trabajar es “El fenómeno de la empatía en personas adultas con anorexia nerviosa, a partir de la vivencia con el estigma asociado al trastorno alimenticio”.

Hola, me presento soy Camila tengo veintinueve años, vivo con mi mamá y una hermana.

Esto es incomodo para mi, yo la verdad estoy aca para ayudarme y tambien porque Bianca me lo pidió.

- Muchas gracias por tu tiempo y disposición. ¿cuéntame sobre tu trayectoria de vida incluyendo la anorexia?

Dale, yo he pensado estos días para hacer esta charla y creo que voy a comenzar en orden, yo soy la menor de tres hijas, la mayor es hermanastra por parte de papá pero se crió en la casa con todas. Siempre fui muy autoexigente, quería ser perfecta porque mi papá era militar y el era muy duro, siempre nos inculcaba ser las mejores en el colegio y también en el deporte, yo practique tenis muchos años y mis hermanas volleyball. Nosotras no nos llevamos mucho la mayor tiene treinta y siete y la del medio treinta y dos años, entonces salimos los domingos hacer deporte y todo este tema.

Como dije desde pequeña siempre me exigía mucho, por lo mismo siempre fui la primera en el colegio, pero por mi concentración nunca tuve amigas, y yo quería ser perfecta creyendo que era la manera de que la gente me aceptara. Lo que recuerdo es que nunca nadie me invitaba a ningún lugar, que yo era una niña solitaria.

La cuestión con la anorexia, es que yo nunca fui gorda siempre fui delgada por mi alto rendimiento en ejercicio y mi mamá siempre me enviaba cosas saludables, como sándwiches, ensaladas, fruta y mucha agua.

- ¿Entonces que crees tu que inició la anorexia?

Yo caí en una depresión muy profunda, porque mi papá fue diagnosticado de cáncer cuando yo estaba en grado décimo, y la enfermedad se esparció tan rápido que él dejó las filas militares, lo pensionaron, incluso remodelamos la casa porque él necesitaba una habitación como de hospital. Mi mamá siempre se mostró muy fuerte, pero mis hermanas no y yo me sentía en la mitad.

Dos años después, mi papá falleció en nuestra casa fue una escena durísima, mi mamá estaba derrotada pero mis hermanas peor. Mi hermana mayor decidió irse de la casa porque resulta que estaba embarazada y al morir mi papá quería tener más herencia para ella compartir con su mamá biológica, Mientras mi hermana del medio duró mucho tiempo convenciéndome de irnos a viajar por todo sudamérica en lo que llaman muchileras. Yo en ese entonces ya llevaba un año de graduada de bachiller y con todo el rollo de mi papá nunca me concentré en estudiar, asistí solamente a clases de alemán y de inglés, hasta que un día decidí estudiar pastelería y eso hice. Luego de estudiar pastelería volví a quedar en ceros, mi mamá lloraba mucho y yo era una adolescente que no sabia que hacer con su vida, además de la presión que si no estudiaba algo los militares me quitaban la pensión de mi papá y no podía pasar eso. Mi mamá quería dejar de trabajar, por eso me desesperé en estudiar algo aunque no le encontraba sentido a nada.

Con mi hermana del medio, a raíz de tanto problema empezamos a fumar mucha marihuana que había en la casa, porque mi papá la usaba para aliviar el dolor al final de sus días, entonces hacíamos dulces con marihuana y la fumábamos. Es que mi hermana del medio que se llama Andrea siempre le ha gustado eso y no se, simplemente me deje llevar. Así pasó aproximadamente un año, hasta que ahorramos lo suficiente y me fui con Andrea por sudamérica. Empezamos por Santa Marta y la Guajira, seguimos por Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay y terminamos en Brasil; ese viaje estaba programado para dos meses y terminamos viajando más de un año, en el transcurso mi mamá nos visitó en Perú y en Brasil.

En este viaje pasamos muchas necesidades, entre las cuales un lugar donde dormir y la comida era lo más escaso, fue allí con tanta fumadera de marihuana y poco alimento que empecé adelgazar mucho más, llegué a pesar de 56 kilos a 47 kilos. Claramente muchas veces me desmayé pero mi hermana creía que era cansancio y ya, incluso yo también lo pensaba, peor en realidad estaba desnutrida. En uno de los viajes que mi mamá nos alcanzó, se dio cuenta que yo no estaba bien pero en medio de la rebeldía y la necesidad de no volver a casa, evitó que ella me llevara de nuevo. Yo realmente no quería volver a la casa y tener que pasar por todos los recuerdos de la muerte de mi

papá, aunque él era exigente era muy amoroso y yo al ser la menor, tenía muchas expectativas en mí a la par que me consentía demasiado.

- ¿Qué acontecimientos hubo en ese viaje de exploración, para llegar a lo que eres hoy?

Uff algo que cambió muchísimo en el viaje es que hice muchos amigos, me volvi super social, incluso tuve relaciones en varios países, me volví una hippie total y me encantaba. En todo ese proceso que viví fuera del país, mi hermana mayor tuvo su bebé, se casó y formó su casa aparte por lo cual mi mamá estaba super sola, y eso le afectaba, aunque le dejamos a Oreo nuestro perrito.

Entonces de experiencias como tal tengo muchisisimas, pero englobando eso te puedo decir que me volví una mujer social, deje muchas inseguridades en torno a charlar con un hombre o tener una relación así sea pasajera, pero el tema de la alimentación me bloqueaba y también el del drogarme, así sea una hierba realmente vivía en plutón con mi hermana y creo que eso nos hizo bastante resistentes a vivir en la nada durante ese tiempo.

Al llegar al pueblo de nuevo, seguía con la convicción que era por un tiempo corto e iba volver a mis viajes, pero mi hermana como que sentó cabeza y no permitió la continuidad de esa experiencia. Al llegar mi mamá nos embutió comida, tratamientos de piel y demás cosas porque llegamos desastrosas, pero eso me engordo y no me gustó. Hasta que un día vomité por primera vez después de haber ido a comer en el corral. Después del vómito me sentí aliviada. Pero con el tiempo, en lugar de comer y vomitar, como esa vez y luego muchas veces, dejé de comer. Porque vomitar me lastimaba la garganta; entonces, ¿para qué sentir ese dolor si podía directamente no comer nada? Lo máximo que estuve sin comer fueron 9 días; los demás días, durante tres meses, sólo comía una manzana o tomaba mucha agua... En esos tres meses bajé 10 kilos, más de lo que había perdido en el viaje.

Voy hacer un paréntesis y es que en esta enfermedad, llega un momento en que la comida te repugna, cuando pasas el umbral del hambre, te llegas a olvidar de cómo se masticaba. Eso fue lo que me pasó durante el viaje y después del mismo, además hubo días en los que el recuerdo de mi papá y las peleas con mi mama me hacían débil, con mi mamá vivíamos agarradas porque no estudié nada, no hice nada y pasaban los años. Yo era excelente estudiante y de la nada ya no era nadie en el mundo, ya tenía “Ana” jajajajaja así es como se le dice a la enfermedad en este mundo, es para darle un toque amable a la enfermedad.

- Cuando fue tu diagnóstico

A mi me diagnosticaron cuando baje los 10 kilos que te conté, porque iba a terapia por el duelo de la muerte de mi papá y la psicóloga pues muy astuta ella, se dio cuenta que estaba mas delgada de lo que debería estar y relaciona todo con depresiones por la ausencia de mi papá, por el viaje y demás cosas. Entonces me remitió a psiquiatría y la psiquiatra me diagnosticó con anorexia en una etapa no muy desarrollada, entonces empecé proceso con nutrición y esas cosas, nunca me medicaron pero si seguí en psicoterapia. Yo nunca he mostrado ganas de matarme o dejar de vivir, pero al maquillarte con una enfermedad así pues piensan que es una forma de suicidarse a largo plazo. Yo realmente no me siento así y como se lo he dicho a la doctora y a mi familia: es mi estilo de vida y no me molesta. Mi mamá me entiende aunque yo se que se preocupa, pero ella confía tanto en mi que sabe que yo no estoy así porque quiera morir, sino son hábitos que ya no se cambian y punto.

- ¿Cómo ha sido la relación con tu mama a raíz de esto?

Pues mi mamá siempre ha sido muy noble y comprensiva, pero como te digo yo siempre fui delgada y esto es como una versión más delgada y ya, ella tiene la filosofía de que cada uno puede hacer de su vida lo que desee, siempre y cuando no moleste a

otros. A ella lo único que le quita el sueño, es que ahora con mi edad nunca estudié algo profesional como mis hermanas y como mi papá hubiera querido, efectivamente me quitaron la parte de la pensión de mi papá, incluso la EPS de beneficiaria, ahí me tocó conseguir trabajo en una pastelería y bueno, no ha sido el mayor sueño de mi madre para mí. Pero igual ella sigue siendo muy confidente, trata de ser mi amiga porque al final ya estamos solas, mi hermana del medio vive más fuera que dentro de la casa.

- ¿Cómo es la relación con tus hermanas?

Con la del medio pues es buena porque nos unimos mucho en el viaje, pero ella es de alma libre entonces vive en sus cosas y proyectos, Mientras que la mayor es la oveja negra, prácticamente mi mamá la crió y al morir mi papá nos alejó por completo de su vida, hasta ahora nos estamos hablando, pero es algo súper casual, incluso tengo resentimiento con ella porque alejo mi sobrino, y el niño ni siquiera sabe quien soy cuando me ve me dice “señora”. Ella vive en Bogotá con su esposo y el niño, pero la relación se fragmentó demasiado hace años y ahora ya es difícil volver acercarnos, además por la distancias en las que vivimos.

Igual este tema no es que me quite el sueño, yo vivo feliz con mi hermana del medio y mi mamá, somos unidas, confidentes y superamos todo juntas.

• ¿Te gustaría rescatar esa relación con tu hermana mayor?

Claro, pero es complicado como dije, ella tiene el temperamento de mi papá y bueno nosotras somos muy tranquilas, por eso chocamos mucho y a pesar de que ya somos viejas, ella se sigue comportando de preescolar. Entonces por ahora dejarla quieta.

- ¿Actualmente tienes amigos o pareja?

Si, pues tengo una amiga pero no tengo mucho contacto porque siempre estoy en la pastelería mi horario es de 6am a 4pm. Ah pues tú la conoces es Bianca, ella me busca

y salimos y así, aunque ella es de otro estilo. Tengo novio actualmente se llama Pedro, él es muy lindo conmigo y trabaja vendiendo comida rápida, es un chico con sueños y quiere salir adelante en su vida, nunca peleamos porque yo soy super relajada y el trata de llevarme el ritmo.

Bueno y tengo compañeras como tal, yo voy a un curso en contra del suicidio porque una chica murió de bulimia aca en el pueblo y bueno fue un super escándalo, pero más allá no tengo como una vida social activa. Además últimamente he tendido a vomitar porque lei en internet que una persona necesita cada día alrededor de 1.200 calorías para sobrevivir, y yo como máximo ingiero 1.000 si me paso vomito todo. Bianca es una de las partidarias que vaya a terapia o al menos a un nutricionista, pero por ahora yo me siento bien así, no siento que me este muriendo, que me este haciendo daño o arruinando la vida.

Tengo a mi mamá, mi novio, mi cuerpo como me gusta, pero más que el cuerpo me hace feliz no sentirme pesada y pues es obvio que cualquier cosa que coma me hace pesado.

- ¿Cómo es tu rutina actualmente?

Últimamente hago un reto detox, entonces tomo un batido en la mañana, de onces una fruta de almuerzo pez con ensalada, porque soy peseciana desde mi viaje muchilero osea hace muchos años no como carne de res o pollo, un dia intente y casi me explota la panza. En la tarde me tomo un cafe que es tipico aca en el pueblo y en la noche el mismo batido de la mañana. Hago esto todos los días, mi novio lo sabe mi mamá lo sabe y todo perfecto. No hago ejercicio ni nada de eso, me da mucha flojera. Últimamente me estoy leyendo un libro, se llama “*Abzurdah*” es de una chica que vivió la anorexia y salió de eso, es interesante aunque es la típica anoréxica que todos la odian por gorda y se volvió flaca, aunque no me identifica me llama la atención de allí fue que aprendí que se le llama “Ana” a la anorexia, porque con esa palabra el internet no bloquea los blogs donde las mujeres comparten su experiencia y también dan tips para adelgazar, es un poco ridículo porque no todas somos así, pero bueno.

- ¿Cómo te ves actualmente?

Actualmente me veo como una mujer que quiere salir adelante, creo que mi vida personal de si como o no como, es algo mío, algo que no le interesa a nadie más que a mí, me considero una mujer que va montar su pastelería, que soy amada por mi novio, tengo una mamá excelente. También quiero empezar el proceso de cerrar el ciclo de ese duelo por la muerte de mi papá pues ya han pasado más de nueve años, también quisiera compartir más con mi sobrino y vivir tranquila. Aunque no miento, tengo muchos monstruos que están conmigo, muchos vacíos que no me dejan tranquila, pero trato de llenar.

- ¿Puedes hablar más de esos vacíos?

Pues es relacionado con la muerte de mi papá, con las locuras que hice en mi viaje por sudamérica como la marihuana y el sexo promiscuo. También el hecho de mi vida profesional, pues yo soy consciente que puede ser una médica o una ingeniera civil, pero bueno por algo estoy acá, yo creo en el destino y pienso que la vida me tiene en este punto por alguna razón. Quizás debo mejorar la parte de mi peso, mis hábitos de alimentación, pero no es algo que tenga como prioridad en este momento.

- ¿Te gustaría contarme algo más?

En realidad, como dije esto es muy difícil y me alegra mucho ayudarte en tu trabajo, pero estas dos sesiones han sido trágicas para mi porque me gusta no pensar tanto y olvidarme de los problemas.

*20 de abril del 2019*